

**Curso de Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente**  
**Enfermagem Oncológica**


**Relatório de Estágio**

**"Intervenção do enfermeiro na comunicação e  
gestão de más notícias ao doente neurooncológico  
e família no internamento"**

**Laura Raquel Fernandes Magalhães**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente**

**Enfermagem Oncológica**

**Relatório de Estágio**

**"Intervenção do enfermeiro na comunicação e  
gestão de más notícias ao doente neurooncológico  
e família no internamento"**

**Laura Raquel Fernandes Magalhães**

**Prof. Patrícia Alves**

**2014**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, greyish-brown shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

“We will never meet everyone’s expectations, but the skill and effort that we put into our clinical communication does make an indelible impression on our patients, their families, and their friends. If we do it badly, they may never forgive us; if we do it well, they may never forget us.”

Robert Buckman, 2002

## **LISTA DE SIGLAS**

EONS - European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IARC – International Agency for Research on Cancer

OE – Ordem dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINC – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

WHO - World Health Organization

## RESUMO

Inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, foi realizado um Estágio com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento. O presente documento constitui o relatório de estágio, que pretende ser uma análise crítica e reflexiva desse percurso, realizado em quatro contextos distintos: Consulta Multidisciplinar da Mama, Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCINC), Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos e Serviço de Internamento de Neurocirurgia de hospitais localizados em Lisboa. Durante estes estágios foi possível desenvolver as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a que me propus, atingindo, de acordo com Benner (2001), o estado compreendido entre o proficiente e o perito. Para este desenvolvimento de competências, recorri à pesquisa bibliográfica (leitura de livros temáticos, teses de mestrado e artigos científicos), à observação da intervenção dos profissionais, ao diálogo informal e reflexão com equipa multidisciplinar dos serviços onde realizei estágio, bem como com a docente orientadora. Recorri também à reflexão na ação e à reflexão crítica escrita sobre a mesma utilizando o ciclo de Gibbs, bem como à reflexão com a equipa de enfermagem do serviço onde trabalho, de um modo informal e em sessões de formação/informação, à elaboração de um *poster* e de um *dossier* com bibliografia. No futuro, pretendo continuar a aprofundar o conhecimento relativamente a esta temática e realizar um projeto de âmbito formativo para os colegas, no serviço onde exerço funções.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Comunicação; Gestão de más notícias; Doente neurooncológico; Família.

## **ABSTRACT**

This report refers to work completed during my internship accomplished into the context of the third Master Degree in Nursing – Specialization in Medical Surgical Nursing – Oncology nursing. My goal was developing Specialist Nurse skills in communication and management of bad news with neurooncology patients and their families, in ward. This document describes the path of that internship through a critical and reflexive analysis. The internship was developed in several services, all in Lisbon Hospitals, with the common characteristic of being places where bad news communication is a frequent reality. Those services were: Multidisciplinary breast Consultation, Neurocritical Intensive Care Unit, Hematopoietic Progenitors Transplantation Unit and Neurosurgery ward. As methodology, was carried out bibliographic research in databases, participant observation of health care professional interventions in the theme of study, informal meetings and dialogue with the multidisciplinary teams, training sessions with the nursing staff with the resource of role play. It is also made a poster frame and design and a portfolio with the results of the work developed, in order to be available for the health care professionals in services. All this process was accompanied and sustained with reflection on the action and his writing based on reflective Gibb's Cycle. Regarding the goal of this internship and according to Benner ((2001), I believe that I achieve the state between the proficient and expert. As future prospects, I wish to continue developing my skills as a Nurse specialist in Medical Surgical Nursing - Oncology Nursing, into the context of Neurosurgery ward.

**Key-Words:** Nursing; Communication; Bad news management; Neuro-oncology patient; Family.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	8
1. PROBLEMÁTICA .....	11
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	16
2.1. Referencial teórico de Jean Watson .....	16
2.2. Importância da Comunicação do Enfermeiro com o doente neurooncológico e família .....	19
2.3. Comunicação em Enfermagem .....	22
2.4. Comunicação de más notícias: estratégias de intervenção do enfermeiro .....	25
2.5. Gestão de más notícias: estratégias de intervenção do enfermeiro .....	32
3. TRABALHO DE CAMPO .....	35
3.1 Metodologia de trabalho .....	35
3.2 Consulta Multidisciplinar da Mama .....	37
3.3 Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos .....	40
3.4. Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos .....	43
3.5 Serviço de Internamento de Neurocirurgia .....	47
4. LIMITAÇÕES .....	58
5. IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	60
6. IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM .....	62
7. CONCLUSÃO .....	64
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66

## APÊNDICES

Apêndice I: “Questionário de diagnóstico relativo à comunicação com o doente neurooncológico e família”

Apêndice II: “Bibliografia consultada durante o estágio”

Apêndice III: “Reflexão – Consulta Multidisciplinar da Mama”

Apêndice IV: “Reflexão – UCINC”

Apêndice V: “Reflexão I – Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos”

Apêndice VI: “Reflexão II – Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos”

Apêndice VII: “Reflexão III – Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos”

Apêndice VIII: “Plano de sessão: Apresentação do projeto e partilha de literatura pesquisada relativamente à gestão de más notícias”

Apêndice IX: “Avaliação da sessão: Apresentação do projeto e partilha de literatura pesquisada relativamente à gestão de más notícias”

Apêndice X: “Reflexão I – Serviço de Internamento de Neurocirurgia”

Apêndice XI: “Reflexão II – Serviço de Internamento de Neurocirurgia”

Apêndice XII: “Reflexão III – Serviço de Internamento de Neurocirurgia”

Apêndice XIII: “Plano de sessão: Projeto de estágio – Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”

Apêndice XIV: “Avaliação da sessão: Projeto de estágio – intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”

Apêndice XV: “Plano de sessão: Comunicação – a sua essência”

Apêndice XVI: “Avaliação das sessões de formação realizadas no Serviço de Internamento de Neurocirurgia”

Apêndice XVII: “Plano de sessão: Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família”

Apêndice XVIII: “Plano de sessão: Gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família”

Apêndice XIX: “Índice do *dossier*: Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”

Apêndice XX: “Poster: Comunicação de más notícias – Protocolo de Buckman”

## ANEXOS

Anexo I: “Escala de Empatia (Riley 2004)”

## INTRODUÇÃO

Inserido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, foi realizado um Estágio com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeiro Especialista nesta área, constituindo o presente documento o relatório desse percurso.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define Especialista como “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, (...) que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (...)” (OE, 2010, p.2). Engloba “ (...) as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2010, p.2).

A minha experiência pessoal e profissional, bem como a literatura consultada, indicam que os doentes e respetiva família têm necessidade de informação e comunicação adequadas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. O facto de sentir dificuldade na comunicação e gestão de más notícias, de pretender melhorar o meu desempenho neste âmbito e a minha perceção relativamente às dificuldades sentidas por parte da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Neurocirurgia de um Hospital de Lisboa, onde exerço funções, justificam a realização de estágio direcionado à intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento. Pretendo, ao longo do estágio, desenvolver competências de enfermeiro especialista nesta área, promovendo, assim, a melhoria da prestação de cuidados no serviço onde exerço funções. Na realidade, Mills e Sullivan (1999) referem que é essencial avaliar as necessidades do doente e fornecer informação

adequada, sendo que é a partir do reconhecimento de que a informação falha, que os profissionais de saúde podem melhorar os padrões de cuidados.

Assim, tendo por base o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista emanado pela OE (2010), no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, propus-me adquirir a competência “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (p. 3); no domínio da gestão dos cuidados, adquirir a competência “gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (p.4) e por último, no domínio das aprendizagens profissionais, “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (p. 4). Do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, propus-me adquirir a seguinte competência: “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011, p. 2). Segundo a European Oncology Nursing Society (EONS), pretendia desenvolver as seguintes competências: no âmbito das competências de enfermagem na avaliação das pessoas com cancro, “promove a compreensão do doente relativamente ao cancro e diagnóstico” (EONS, 2005, p.17); no âmbito do impacto do cancro no indivíduo e cuidador, “possibilita a expressão de preocupações e inquietações, responde adequadamente e reconhece a ansiedade, *stress* e depressão” (EONS, 2005, p. 19) e “avalia o impacto do cancro na saúde / estado de doença do doente e da família” (p. 19), no âmbito da tomada de decisão e comunicação “usa uma variedade de técnicas de comunicação para promover o bem-estar de uma pessoa com cancro” (p.18) e no que respeita às intervenções de enfermagem na gestão do cancro “reflete e avalia criticamente a própria prática” (EONS, 2005, p.20).

Segundo Benner (2001) (baseada no modelo de Dreyfus), na aquisição e desenvolvimento de competências, a pessoa passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Previamente à realização do Estágio considerei que me encontrava no nível 3, uma vez que me

identificava como competente na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico, possuindo conhecimentos nesta área e analisando de um modo consciente e abstrato esta problemática, tendo capacidade para tomar decisões e resolver situações. Assim tinha como objetivo atingir o estado entre o proficiente e o perito, pretendendo centralizar-me no problema baseando-me em situações previamente vivenciadas e refletindo relativamente às mesmas, de modo a melhorar o processo de decisão. Pretendia melhorar a compreensão relativamente à situação e documentar a minha experiência, de forma a estudar e desenvolver os meus conhecimentos, com objetivo de me tornar enfermeira de referência na área.

A realização deste relatório pretende, assim, constituir uma análise e reflexão crítica do percurso, explicitando as aprendizagens desenvolvidas e as competências adquiridas no confronto com a prática e com a evidência científica. O estágio decorreu no período de 1 de outubro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013, tendo-se realizado numa Consulta Multidisciplinar da Mama, numa UCINC, num Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos e no Serviço de Internamento de Neurocirurgia, em hospitais localizados em Lisboa.

Este relatório será estruturado da seguinte forma: Introdução, Problemática (onde identifico e justifico o problema que me levou a fazer este percurso), Enquadramento teórico (em que aprofundo teoricamente a temática da comunicação em Enfermagem e sua importância no que respeita ao doente neurooncológico e família, fazendo uma ancoragem na teoria de Enfermagem de Jean Watson); Trabalho de Campo (onde apresento o percurso realizado, as aprendizagens e as competências desenvolvidas), Limitações (em que são elencados os aspetos que condicionaram o desenvolvimento do meu percurso); Implicações Éticas (onde são evidenciados os aspetos éticos e profissionais inerentes ao Estágio realizado e à elaboração deste relatório), Implicações para a Prática (em que menciono as implicações da realização deste estágio e consequente relatório no meu desenvolvimento pessoal e profissional e na minha prática de Enfermagem na atualidade e no futuro) e efetuo a respetiva Conclusão.

## 1. PROBLEMÁTICA

O cancro constitui um problema de saúde em todo o mundo, caracterizando-se por elevadas taxas de incidência e mortalidade, sendo a segunda causa de morte comum nos países desenvolvidos (World Health Organization [WHO], 2002). De facto, mundialmente, em 2008, foram identificados cerca de 12,7 milhões de novos casos de cancro, tendo o mesmo constituído uma das principais causas de morte (7,6 milhões de óbitos) (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2010). Em Portugal, cerca de 43300 novos casos de cancro surgiram nesse mesmo ano, sendo o mesmo responsável por 24300 óbitos (IARC, 2010). No que respeita à patologia cerebral e do sistema nervoso, foram identificados 989 novos casos e 753 óbitos devido à mesma (IARC, 2010).

É de salientar que, de acordo com Matos e Pereira (2005), a doença oncológica possui um elevado impacto emocional e social, sendo conotada socialmente, de acordo com Pereira (2008), como sinónimo de incapacidade, desespero, medo, sofrimento, dor e morte, resumidamente, de degradação na qualidade de vida (pela sua gravidade e efeitos do tratamento). Assim, este estigma conotado à doença oncológica torna a informação por vezes ambígua, constituindo um fator inibidor da comunicação eficaz (Matos e Pereira, 2005). Na realidade, de acordo com Garcia, Wax e Chwartzmann (1996), o diagnóstico, o tratamento de cancro e a deteção de recidivas ou metástases são geradoras de uma complexidade de emoções nos doentes e família, pelo que a carga emocional e o estigma associados à palavra “cancro” constituem, por vezes, fatores inibidores à compreensão, por parte do doente e/ou família, do que lhe(s) é transmitido.

Gameiro (1999) citando Reis (1993) e Teixeira (1993) acrescenta ainda que a perda de autonomia e de emprego, a eventual necessidade de redefinir os objetivos de vida, a falta de apoio social, o afastamento dos familiares e o próprio internamento

hospitalar, constituem situações ameaçadoras para o doente. De salientar que, de acordo com Garcia, Wax e Chwartzmann (1996), o modo como o doente lida com a doença depende do momento/etapa de vida em que a mesma lhe é diagnosticada, das experiências semelhantes previamente vivenciadas com pessoas significativas, dos preconceitos/estigmas socioculturais e da informação transmitida pela comunicação social (novos tratamentos versus notícias alarmistas). O tipo de cancro (que condiciona a expectativa de sobrevivência e o próprio tratamento em si), as alterações da imagem corporal e a própria personalidade influenciam também o processo de aceitação de doença (Pais Ribeiro, 1998).

Sendo que a doença oncológica é considerada geradora de emoções complexas, a patologia oncológica neurológica é devastadora para o doente e sua família, uma vez que o mesmo é sujeito a perdas nas funções sensoriais, motoras e cognitivas, bem como a alterações sociais e psicológicas subsequentes (Veríssimo, 2005), o que altera e condiciona as relações interpessoais e o projeto de vida (Valentine, Passik e Massie, 2008). Saliente-se ainda que, segundo os mesmos autores, os efeitos da doença, cirurgia e terapêutica podem ser causadores de alterações físicas, podendo comprometer a imagem corporal e a sexualidade. Assim, face a todas estas alterações, o doente necessita, segundo Veríssimo (2005), de ver balanceadas a esperança, as expectativas realistas, as informações e o cuidado. Perante esta problemática, o enfermeiro assume um papel primordial, pois é o profissional que mais tempo permanece com o doente, em contexto de internamento, informando, gerindo as más notícias e as emoções, apoiando o doente e família, socorrendo-se sempre de um instrumento básico de enfermagem que é a comunicação.

O impacto de uma doença oncológica estende-se até ao universo familiar (Carvalho, 2008), implicando alterações na saúde mental e somática, bem como a necessidade de reestruturação da organização doméstica e quotidiana (Veríssimo, 2005). No que respeita à família do doente neurooncológico, além das dificuldades inerentes ao processo de doença, esta frequentemente se sente desgastada e culpada ao lidar com as alterações de personalidade, humor (Leavitt, Lamb e Voss, 1996, citados por Veríssimo, 2005) e comportamento do familiar. É assim fundamental o

estabelecimento de estratégias para uma comunicação eficaz, de modo a que o enfermeiro atue como um elemento facilitador da adaptação do doente e família à situação de doença.

O enfermeiro assume particular importância, estando mais acessível ao doente e família para obtenção de informação e esclarecimento de dúvidas, e, simultaneamente, para prestação de apoio emocional (Durá, 1998). No entanto, a área da comunicação de más notícias constitui, muitas vezes, uma dificuldade para os profissionais de saúde, não só pela sua gravidade, mas também pelo seu impacto na vida do doente (Pereira, 2008). É, portanto, fundamental a formação curricular e complementar neste âmbito, sendo o mesmo salientado no plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010 (Ministério da Saúde, 2009). Efetivamente numa perspetiva de melhoria da qualidade de cuidados, faz todo o sentido o aprofundamento desta temática por parte dos enfermeiros e o desenvolvimento de competências na área da comunicação com o doente neurooncológico e família.

Além de todas as razões apresentadas que sustentam a importância de aprofundar a temática e de desenvolver competências da comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família, urge referir (e não menos importantes) os motivos profissionais e pessoais. No Serviço de Internamento de Neurocirurgia, onde exerço funções há seis anos, são internados doentes com patologia oncológica/traumática/cerebrovascular, entre outras, provenientes da Consulta Externa, Serviço de Urgência (SU) e UCINC. Os doentes oncológicos, quando internados eletivamente, têm conhecimento do diagnóstico, estando as suas maiores dúvidas usualmente relacionadas com a cirurgia e a recuperação; já aqueles que recorrem ao SU por sintomatologia, são posteriormente transferidos para o internamento para realização de exames complementares de diagnóstico e esclarecimento do diagnóstico, sendo comunicado o mesmo no Internamento. Ao longo de todo o processo de doença oncológica são comunicadas más notícias, desde o diagnóstico, cirurgia (suas sequelas e adiamento da mesma), complicações durante o internamento (nomeadamente agravamento do estado neurológico/clínico, transferência para outros serviços, quedas, febre, óbito, entre outros), até à alta

(prolongamento do internamento quando já há expectativa de alta, e alta, quando existe expectativa de manutenção de internamento, encaminhamento para Instituições de Oncologia/realização de outros tipos de tratamento, como quimioterapia, radioterapia, entre outros).

Como enfermeira, sempre senti necessidade de aprofundar esta temática, pois sempre a considere importante na prestação de cuidados. No entanto, na minha prática diária sentia alguma dificuldade na comunicação e essencialmente na gestão de más notícias, pois apesar de possuir alguns conhecimentos neste âmbito, adquiridos em contexto de sala de aula e por pesquisa bibliográfica, por vezes não o fazia do modo mais correto, por falta de formação prática e de conhecimento de algumas estratégias para lidar com o doente oncológico. É verdade que no serviço onde exerço funções uma pequena parte da passagem de turno é utilizada para discutir alguns aspetos da prestação de cuidados de enfermagem, em que também surge a comunicação e gestão de más notícias quando algum elemento da equipa a realiza, e existe um *jornal club* mensal cujo espaço é utilizado para partilha de um artigo científico e debate do mesmo em equipa, sendo, por vezes, abordada a comunicação. No entanto, da observação que fiz da prática de cuidados no serviço, bem como do diálogo informal com a equipa de enfermagem, percebi que esta dificuldade de comunicação e gestão de más notícias também era partilhada pela maior parte dos meus colegas, considerando que existia pouca formação da equipa de enfermagem relativamente à temática e poucos momentos para partilha e discussão/reflexão relativamente a estas situações.

A equipa de enfermagem encontrava-se numa fase de reestruturação, tendo ocorrido uma fusão entre duas equipas de enfermagem de Serviço de Internamento de Neurocirurgia de hospitais diferentes há menos de um ano, o que levou ao aumento do número de elementos para praticamente o dobro. Fez-me então sentido fazer o diagnóstico de necessidades de formação por parte dos enfermeiros, tendo construído e aplicado um questionário “Questionário de diagnóstico relativo à comunicação com o doente neurooncológico e família” (Apêndice I), constituído por 6 questões (relacionadas com a dificuldade no estabelecimento de comunicação verbal/não verbal/más notícias, a necessidade e as estratégias adequadas para o

desenvolvimento de competências nesta área e as situações de comunicação que gostaria de discutir em equipa), de 04 de junho a 26 de julho de 2012. Não foi possível obter a totalidade dos questionários preenchidos, sendo que dos 41 elementos da equipa que prestam cuidados diretos ao doente, 37 responderam ao mesmo, correspondendo a 90,24% dos enfermeiros. Cerca de 32,43% referiu dificuldade no estabelecimento de comunicação verbal, sendo que uma percentagem superior (37,84%) mencionou dificuldade na comunicação não verbal com o doente neurooncológico e família. Pude constatar que a maioria da equipa (64,86%) referiu sentir dificuldade na comunicação de más notícias, não sabendo como o dizer (48,65%) e mencionando a complexidade da situação/emoção, a dificuldade em lidar com os sentimentos dos doentes e o medo de culpabilização por parte do doente e família, como dificuldades sentidas. Um número ainda maior de enfermeiros gostaria de desenvolver competências neste âmbito (91,89%), salientando a sua importância na prática. Assim, é possível concluir que a maioria dos elementos da equipa de enfermagem sentia dificuldade na comunicação de más notícias e sua gestão, e que, tal como eu, também considerava esta área pertinente para a prática, sentindo necessidade de desenvolver as suas competências. Neste sentido, pretendia, ao longo do estágio, trabalhar as intervenções do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento, desenvolvendo competências de enfermeiro especialista nesta área, de modo a promover a melhoria da prestação de cuidados e ser reconhecida como a enfermeira de referência na equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções.

Concluindo, a compreensão do impacto psicossocial da doença neurooncológica no doente, família e profissionais de saúde é fundamental para o cuidar efetivo (Valentine, Passik e Massie, 2008), pelo que o desenvolvimento e aprofundamento de intervenções de enfermagem na comunicação e gestão de más notícias são primordiais. Face às dificuldades sentidas por mim e pela equipa de enfermagem à qual pertenço, e à necessidade de aprendizagem/desenvolvimento de competências relativamente a esta temática, tornou-se premente a realização deste Estágio.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo será feito um aprofundamento teórico da temática da intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más de notícias ao doente neurooncológico e família no internamento. Ao longo do estágio e também neste relatório, ancorei-me no referencial teórico de Jean Watson, pelo que será abordado primeiramente o seu contributo. Posteriormente será abordada a importância da comunicação do enfermeiro com o doente neurooncológico e família, onde será explanado o impacto da doença neurooncológica nos mesmos. Em seguida serão mencionados aspetos relacionados com a comunicação em enfermagem (definição, tipos de comunicação e estratégias para o estabelecimento de uma comunicação eficaz), terminando com a intervenção do enfermeiro na comunicação e na gestão de más notícias.

### **2.1. Referencial teórico de Jean Watson**

Jean Watson, na sua teoria de Cuidado Transpessoal, define pessoa como um “ser no mundo”, que possui três esferas do ser – mente, corpo e alma-, que são influenciadas pelo conceito de Eu (Watson, 2002). Pretende-se que a pessoa seja congruente com o seu próprio Eu (o Eu vivido e o Eu experienciado), ou seja, que haja harmonia na mente, corpo e alma – Saúde (Watson, 2002).

A mesma reconhece a enfermagem como “uma ciência humana de pessoas e de saúde humana” (Watson, 2002, p.96), que “consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e ação, com algum grau de paixão” (Watson, 2002, p.96), cujo ideal moral é o cuidar.

Este cuidar requer ações facilitadas, que permitam a resolução dos problemas e o crescimento pessoal do outro (Watson, 2002), tendo como objetivo a harmonia acima referida. É valorizada a relação entre o enfermeiro e a pessoa, em que o primeiro é visto como um coparticipante no cuidar e o segundo como um ser espiritual com capacidade de coexistir com o passado, o presente e o futuro, em simultâneo (Watson, 2002). Idealiza-se um cuidar transpessoal, de intersubjetividade, em que o enfermeiro e a pessoa se encontram envolvidas e se influenciam mutuamente, sentindo uma união um com o outro (Watson, 2002). O cuidado humano transpessoal é, assim, considerado um processo que transforma, gera e potencializa a reestruturação do ser (Favero, Meier, Lacerda, Mazza e Kalinowski, 2009). Pretende-se a procura do conhecimento de si próprio, por parte de ambos os intervenientes, o que amplia as suas próprias capacidades de reestruturação (Mathias, Zagonel e Lacerda, 2006). Este cuidado transpessoal determina o respeito pelo sagrado que é o outro, que está ligado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades – *Caritas e Communitas* (Mathias, Zagonel e Lacerda, 2006). O denominado “momento de cuidado/ocasião do cuidado” ocorre quando duas pessoas se juntam com as suas próprias histórias de vida e campo fenomenológico, numa transação humano-humano (significativa, autêntica, intencional e que honra a pessoa), e compartilham a experiência humana, expandindo a visão do mundo e o espírito de cada pessoa, levando a uma nova descoberta do Eu, do outro e novas possibilidades de vida (Watson Caring Science Institute, 2010).

Watson considera as intervenções relacionadas com o cuidar como fatores de cuidar. Posteriormente, baseando-se na visão do mundo, na ética da relação e na consciência da unicidade e após o amadurecimento face às práticas de cuidar, considera os dez processos de *caritas*. Estes consistem na prática da bondade/amor e equanimidade no contexto do cuidar; no ser autenticamente presente, fortalecendo e sustentando o profundo sistema de crenças e de subjetividade do seu mundo, vida e do ser cuidado; no cultivo das suas próprias práticas espirituais e do eu transpessoal, ultrapassando o próprio ego; no desenvolvimento e sustentação de uma relação de ajuda-confiança, uma autêntica relação de cuidar; no ser presente e

apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos, como uma conexão profunda entre o seu próprio espírito e o da pessoa que está a ser cuidada; no utilizar-se criativamente e aos diversos tipos de conhecimento, como parte do processo do cuidar e envolver-se na arte das práticas do cuidar para alcançar a reestruturação; no envolver-se genuinamente na experiência de ensino-aprendizagem, tendo em conta a unicidade do ser e dos seus significados, tentando manter-se dentro do referencial do outro; na criação de um ambiente de reestruturação a todos os níveis (físico, bem como não-físico, um ambiente subtil de energia e consciência, através do qual a plenitude, beleza, conforto, dignidade e paz são potencializados); na satisfação das necessidades básicas, com uma consciência intencional do cuidado, aplicando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencia a harmonia mente-corpo-alma e a plenitude/unicidade do ser em todos os aspetos do cuidar; e no dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões espirituais da própria vida-morte, cuidar da sua própria alma e da da pessoa que está a ser cuidada (Watson, 2013). Este processo de *caritas* torna mais explícita a conexão entre cuidar, amor e processos de vivência humana (Watson, 2007).

Ao aprofundar a temática da intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias, é fundamental a ancoragem a Jean Watson, uma vez que se pretende que o enfermeiro apoie o doente e a família, facilitando a adaptação ao processo de doença e a reestruturação do projeto de vida. Tal só é possível se o enfermeiro promover ações facilitadas e tiver em conta o processo de *caritas*, reconhecendo a individualidade de cada ser humano e estando disponível para o estabelecimento de uma verdadeira relação de cuidar. Efetivamente, o acesso a um sentido mais elevado do eu ocorre através de emoções humanas, da mente e do mundo interior subjetivo da pessoa. Tal não é possível sem que seja estabelecida uma comunicação eficaz com o mesmo, estando tal implícito pela autora, quando esta refere que a relação depende da capacidade do enfermeiro compreender e corretamente detetar os sentimentos e a condição íntima do outro (Watson, 2002).

Apesar de considerar pertinente a inclusão deste subcapítulo, ao longo deste relatório será efetuada uma ancoragem à teoria de Jean Watson, sempre que

considerar pertinente. De seguida abordarei a importância da comunicação do enfermeiro com o doente neurooncológico e família.

## **2.2. Importância da Comunicação do Enfermeiro com o doente neurooncológico e família**

O doente neurooncológico é uma pessoa que está a vivenciar uma doença que envolve neoplasias primárias ou metástases do sistema nervoso central e periférico, tendo habitualmente um grande impacto na sua vida e na da sua família.

De acordo com Koizumi e Diccini (2007), a prevalência dos tumores do encéfalo é de cerca de 5,5 casos/100000 habitantes/ano numa determinada população, considerando-se que os tumores raquimedulares correspondem a cerca de 10% dos mesmos.

No que respeita à sintomatologia mais frequentemente apresentada por doentes com este tipo de tumor, salientam-se as alterações nos défices motores (mono, para ou tetraparésia), dor localizada ou irradiada e alterações de sensibilidade (Koizumi e Diccini, 2007), com conseqüente compromisso nas atividades de vida diárias. Nos doentes com tumores cerebrais, a sintomatologia que poderão apresentar é diversa, dependendo da localização, tamanho e velocidade de crescimento do tumor, destacando-se cefaleias, náuseas/vómitos, défices focais progressivos, crises convulsivas (Koizumi e Diccini, 2007), alterações sensitivas, de memória, de concentração e do próprio estado neurológico, podendo apresentar distúrbios da personalidade e comportamento. É de salientar que o doente neurooncológico se encontra sujeito a estigma social, decorrente das alterações cognitivas e neurológicas previamente descritas, resultando em sentimentos de isolamento e discriminação (Fox e Lantz, 1998).

De notar que o tratamento se encontra condicionado pela histologia, localização e extensão do tumor, podendo, de acordo com Vecht (2006), incluir-se a cirurgia, a

radioterapia e a quimioterapia. Saliente-se que o próprio tratamento, nomeadamente a radioterapia e a quimioterapia, podem causar efeitos neurotóxicos (Vecht, 2006).

O conhecimento do diagnóstico constitui um período de mudanças drásticas e repentinas, encontrando-se associado ao medo, desorganização, confusão e dúvidas (Leavitt, Lamb e Voss, 1996, citados por Veríssimo, 2005), existindo expectativa de uma intervenção cirúrgica, frequentemente indicada (Veríssimo, 2005). Posteriormente à cirurgia, de acordo com Lepola, Toljamo, Aho e Louet (2001), e segundo o estudo por eles realizado, são confrontados com alterações consequentes da mesma (nomeadamente alterações da imagem corporal, da linguagem, ou défices motores, se presentes), preocupando-se também com a recuperação e com o futuro, cujo choque pode ser minimizado através da preparação prévia do doente para tal situação. Assim, a relação que o enfermeiro estabelece com o doente e família e a comunicação adequada por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, são essenciais para o sucesso da adaptação da pessoa/família a esta situação. Na realidade, tal como refere Watson (2002), o profissional de saúde exerce um papel importante ajudando o doente a integrar a experiência subjetiva e as emoções, uma vez que possui uma visão objetiva externa da situação.

Na minha prática diária constato que o impacto da doença e o seu tratamento (cirurgia) é avassalador tanto para o próprio doente como para a família, não só devido a alterações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas, como também ao próprio tratamento e prognóstico da doença, quando este não é favorável. Assim, e considerando o indivíduo como uma pessoa de valor, que deve ser apreciada, respeitada, educada, compreendida e assistida, cuja mente e emoções são o ponto de partida e de acesso ao corpo e alma (Watson, 2002), torna-se fundamental a prestação de cuidados no sentido de compreender os sentimentos, as emoções e os pensamentos associados à situação/fase de adaptação à doença em que o doente se encontra, para que seja apoiado de acordo com os mesmos. Face às alterações físicas e neurológicas a que podem estar sujeitos, e tendo em consideração que constituem barreiras à comunicação, é premente adequar a prestação de cuidados à pessoa (através da transmissão de informação faseadamente, utilização de

imagens, por exemplo) (Rutledge, 2004), dando ao doente o tempo necessário para que seja possível tirar partido das suas capacidades.

A família do doente neurooncológico também é sujeita a mudança ou até mesmo reestruturações, sendo, de acordo com Veríssimo (2005), o principal apoio do doente e simultaneamente uma unidade que encara a doença. Urge, assim, clarificar o conceito de família que, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2005), é considerado um “grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p.171). Wideheim, Edvardsson, Pahlson e Ahlström (2002), salientam que a família manifesta frequentemente ansiedade relacionada com o medo de perder o seu familiar, com as alterações físicas e mentais que o mesmo apresenta, as dificuldades financeiras e com as alterações sociais. Os mesmos autores salientam ainda que o modo como a família gere e se adapta à situação de doença do familiar irá influenciar a própria adaptação do doente, pelo que Oberst e James (1985) citados por Trincão (2009) referem que a adaptação da família à situação de doença do familiar ocorre, usualmente, de um modo esperado, seguindo diversas fases (negação e posterior mobilização de recursos e apoio, mesmo quando existem conflitos, afastamento ou separação entre os seus elementos).

O papel do enfermeiro passa pelo apoio à família na adaptação às novas exigências causadas pela doença, ajudando-a a desenvolver novos meios de funcionamento. Este apoio é possível através de uma comunicação eficaz do enfermeiro com doente e família, de modo a que os mesmos consigam alcançar a harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, bem como a congruência entre o eu percebido e o eu experienciado (Watson, 2002), pelo que de seguida abordarei a comunicação em Enfermagem.

### 2.3. Comunicação em Enfermagem

A comunicação é considerada por Querido, Salazar e Neto (2010) como um “processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes” (p. 467), onde não só é premente compreender, escutar e ouvir o outro, mas também identificar emoções, pensamentos e/ou reações que as palavras do outro desencadeiam no próprio (o denominado autoconhecimento). Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) e Bateson (1972) citados por Phaneuf (2005), referem que a comunicação não constitui um fenómeno isolado, sendo influenciada pelo ambiente, personalidade, valores, cultura e conhecimento de cada um dos intervenientes.

O estabelecimento de uma comunicação eficaz permite uma identificação precoce do problema do doente, e uma melhor compreensão, por parte do mesmo, da tomada de decisão para a sua resolução, o que contribui para a sua colaboração neste processo (Querido, Salazar e Neto, 2010). Segundo os mesmos autores, as estratégias para o desenvolvimento de uma comunicação eficaz incluem a disponibilidade para a mesma, a honestidade durante a interação, a clarificação da linguagem verbal e a utilização de uma linguagem corporal positiva. Watson (2002) salienta ainda a importância da sinceridade, da individualidade e da autenticidade, considerando que este último pode aumentar o grau de cuidar transpessoal. Providenciar um espaço físico adequado, respeitar o silêncio ou encorajar o outro a falar, constituem outras estratégias facilitadoras da comunicação (Querido, Salazar e Neto, 2010). Os mesmos autores salientam que a comunicação eficaz implica o desenvolvimento de três competências básicas: a escuta ativa, a compreensão empática (identificação das emoções que o doente experiencia, adequando a resposta e o apoio que é prestado) e o *feedback* (avaliação da compreensão do outro relativamente ao que foi dito).

Existem algumas barreiras de comunicação, que Melo (2005) diferencia como estando relacionadas com o doente e/ou com o profissional de saúde. Frequentemente o doente não especifica o facto de pretender ser informado, o que tem como consequência um deficiente conhecimento no que respeita à sua situação

clínica e simultaneamente origina, no profissional de saúde, a apreensão de que o mesmo não deseja ser detentor dessa mesma informação. Já os profissionais de saúde, por vezes, descuidam a comunicação e o apoio emocional, por falta de formação ou por distanciamento, pensando, assim, manter a objetividade na relação. De forma a eliminar estas barreiras, devem desenvolver estratégias que lhes permitam a compreensão, junto do doente, do que ele pretende saber, investindo numa relação terapêutica, empática e verdadeira. Tal é corroborado por Watson (2002), que defende que dois dos aspetos de que depende a relação transpessoal são a capacidade do enfermeiro compreender e detetar os sentimentos e a condição íntima do outro, e de avaliar e verificar o modo como o outro se encontra no mundo.

Face ao que foi referido, é importante salientar que uma comunicação adequada é fundamental para o estabelecimento e crescimento da relação interpessoal, que Watson (2002) considera crucial no processo de acompanhamento do doente.

O processo de comunicação envolve aspetos verbais e não-verbais, sendo que mais de 75% da comunicação, de acordo com o referido por Querido, Salazar e Neto (2010), se baseia nas componentes não-verbais, que são consideradas pelos mesmos como mais genuínas e menos sujeitas à censura do consciente. Assim, a comunicação não-verbal pode completar/reforçar ou descredibilizar a mensagem transmitida, o que influencia o modo como o doente se sente apoiado e compreendido e como o profissional de saúde interpreta o comportamento do doente (Querido, Salazar e Neto, 2010). Saliente-se que, segundo os mesmos autores, quanto maior for a carga emocional envolvida na interação, maior a importância atribuída à comunicação não-verbal.

A coerência entre a comunicação verbal e a não-verbal deve, assim, estar presente, de modo a que seja estabelecida uma comunicação assertiva (Pereira, 2008), devendo a comunicação verbal ser simples, clara (objetiva), breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do doente, de modo a que seja melhor compreendida (Phaneuf, 2005).

Segundo Querido, Salazar e Neto (2010), a comunicação não-verbal engloba duas grandes áreas: a corporal (expressão facial, contacto visual, postura/movimentos

corporais e contacto físico/toque) e a paraverbal (qualidade da voz e segredos vocais). De salientar que num primeiro contacto é valorizada a aparência física e progressivamente é atribuída importância à expressividade, apresentação, função social, comportamentos, sentimentos, modos de pensar e qualidades morais, sendo elaborada uma opinião fundamentada da pessoa (Ribeiro, 2003, citado por Pereira, 2008). O corpo é responsável por elementos valorizados socialmente na comunicação interpessoal, nomeadamente a aparência (tipo vestuário, cabelo, adornos, pinturas), a postura e orientação do corpo, gestos, mímica facial e olhar (movimentação e orientação), que são representativos do tipo de relação existente (Pereira, 2008). O rosto, de acordo com Ribeiro (2003) citado por Pereira (2008), constitui a zona do corpo de maior importância no âmbito comunicacional, pois nele se encontram expressos a mímica facial, através da qual são demonstradas as vivências e estados atuais das pessoas. É aconselhado por Querido, Salazar e Neto (2010) que o profissional de saúde apresente um sorriso genuíno (envolvendo olhos e boca), o que, quando congruente com a linguagem verbal, é transmissor de interesse, esperança e de compromisso verdadeiro. Já o contacto visual assume, por parte dos mesmos autores, um aspeto de especial relevo, devendo ser a sua intensidade e duração dependente da cultura (na cultura latina e mediterrânea o contacto visual pode ocupar cerca de 60-80% da interação), e representando uma escuta interessada e atenta, por vezes, associada pelo doente a honestidade e sinceridade. Este contacto visual é facilitado se o doente e o profissional de saúde se encontrarem ao mesmo nível (Querido, Salazar e Neto, 2010). Segundo os mesmos autores, uma postura adequada é promotora da continuidade da interação, pelo que a inclinação ligeira do tronco para a frente é considerada como transmissora de uma sensação de preocupação e vontade genuína de ajudar, facilitando a comunicação. O toque empático tem a potencialidade de introduzir maior proximidade na interação e de partilhar o sofrimento, podendo ser oferecido em situações de maior tensão emocional, e não devendo ser, habitualmente, muito prolongado, para não se tornar ameaçador (Querido, Salazar e Neto, 2010).

No que diz respeito à área paraverbal, é premente ter em consideração o tom de voz, a qualidade da articulação e o ritmo do discurso, pelo que deve ser dada ênfase para enfatizar determinada expressão ou conferir-lhe o sentido descrito. As

expressões do tipo “hum, hum”, “ah, ah” e as pausas podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde como incentivadoras para o doente continuar a falar e demonstradoras de interesse e compreensão pelo que está a ser referido (Querido, Salazar e Neto, 2010). Saliente-se que o silêncio, quando pertinente, permite demonstrar respeito pela pessoa, promovendo a sua introspeção e reflexão, incentivando-a a comunicar (Phaneuf, 2005).

É premente dar enfoque ao facto da comunicação não-verbal ser crucial no momento do acolhimento (Phaneuf, 2005) e na resposta às emoções do doente, nomeadamente após a comunicação de uma má notícia (Querido, Salazar e Neto, 2010).

Assim, posso concluir que é imprescindível para o enfermeiro conhecer estes aspetos da comunicação e as estratégias para o estabelecimento de uma comunicação eficaz, de modo a ter consciência da forma como se apresenta ao outro e do impacto que tem no mesmo. Esta consciência do seu desempenho comunicacional poderá permitir controlar os seus aspetos mais negativos e utilizar as estratégias adequadas, para que a sua comunicação seja terapêutica para o doente e família, seja na comunicação de más notícias ou na sua gestão, as quais abordaremos de seguida.

#### **2.4. Comunicação de más notícias: estratégias de intervenção do enfermeiro**

Má notícia é definida por Buckman (1984) como “qualquer informação que pode alterar drasticamente a visão do doente face ao seu futuro” (p. 1597) (trad. do autor), estando o impacto da mesma dependente das expectativas que o doente possui, do facto dessa notícia ser expectável ou não e do quão “doente” ele se sente (Buckman, 1984). O diagnóstico de uma doença crónica, a perda de capacidade para realização de determinada função, o custo elevado de um tratamento ou o facto do mesmo ser doloroso, ou até mesmo uma situação que na perceção do

profissional de saúde é neutra ou boa, podem constituir, de acordo com Mueller (2002), exemplos de más notícias.

Saliente-se que considerar uma notícia boa ou má, está dependente da suposição que o profissional de saúde faz relativamente à interpretação que aquele a quem a notícia se destina lhe poderá atribuir. Essa suposição é baseada no conhecimento que o profissional de saúde possui do doente, do impacto da notícia na sua vida e do que o profissional pensaria se estivesse na sua situação. Face a estas perceções da interpretação, é organizado o comportamento do emissor da notícia, para que o sofrimento do outro e dele próprio seja controlado (Lopes, 2008).

A comunicação de más notícias consiste numa problemática complexa e difícil na relação interpessoal, envolvendo o doente, família e profissional de saúde (Pereira, 2005). A dificuldade dos profissionais de saúde está relacionada com o medo de enfrentar as reações emocionais e físicas do doente e família, bem como com a gestão da situação (os mecanismos de fuga muitas vezes relacionam-se com os próprios medos e receios face à morte e à doença) (Pereira, 2008).

Esta dificuldade de comunicação de más notícias encontra-se muitas vezes associada à controvérsia existente relativamente a quem deve ser o emissor das mesmas (Pereira, 2008). Existem alguns estudos relativamente a esta problemática, no que respeita essencialmente à comunicação do diagnóstico, sendo que aqueles aos quais tive acesso foram consensuais, referindo que a preferência dos doentes incidia na comunicação por parte do médico, se possível o médico de família (Gonçalves, Marques, Rocha, Leitão, Mesquita e Moutinho, 2005; Pimentel, Ferreira, Real, Mesquita e Maia-Gonçalves, 1999). Durá (1998) citando Dunkel-Schetteri (1984) salienta que tal depende do foro da informação. Os doentes preferem que a informação envolvendo aspetos técnicos e científicos, bem como orientação e apoio emocional, seja dada pelo médico assistente, preferindo receber apoio emocional da família, amigos ou de grupos sociais de apoio. Aos enfermeiros cabe o papel de esclarecer e validar a situação e de serem, simultaneamente, os recetores das emoções. Necessitam, assim, de desenvolver competências no âmbito da comunicação de más notícias, de modo a dar resposta às necessidades dos doentes. Efetivamente, o enfermeiro é o profissional a quem foi atribuído um título

profissional que lhe “reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção” (Diário da República, 2009, p.6529), sendo que esta competência humana passa pela preocupação com o outro e a tentativa do estabelecimento de uma relação transpessoal (Watson, 2002). Saliente-se que Watson (2002) considera de elevada importância o relacionamento com o doente, considerando também que através deste cuidar é possível aceder ao verdadeiro “Eu”, resultado da ligação entre o sistema mente-corpo-alma de ambos. Pretende-se, assim, que o enfermeiro ajude o doente a encontrar o verdadeiro significado da sua existência, da desarmonia, de forma a promover o autocontrolo, a escolha e a autodeterminação (Watson, 2002). A importância da comunicação e da interação também é refletida nos Padrões de Qualidade, da Ordem dos Enfermeiros, sendo “a procura constante da empatia nas interações com o cliente” (Conselho de Enfermagem, 2002, p.11) considerada um elemento importante na categoria de enunciado descritivo relativo à satisfação dos clientes.

No que respeita à comunicação de más notícias, este processo é complexo. Deve-se ter em consideração a não existência de um modelo de comunicação regido por padrões pré-estabelecidos, mas simplesmente a premissa de que cada doente, familiar ou membro da equipa multidisciplinar é único e diferente, sendo o reflexo do seu contexto cultural, social, espiritual e de vivências pessoais (Querido, Salazar e Neto, 2010). Watson (2002) também afirma a significância subjetiva da pessoa, considerando que o doente tem opiniões e significados relativos à experiência de saúde/doença que analisa/mobiliza nestas situações. Na comunicação de más notícias, Sancho (1998), refere que é premente ter em consideração:

- O equilíbrio psicológico do doente (importante conhecer previamente as reações emotivo-afetivas do doente e família em situações difíceis das suas vidas);
- A gravidade da doença e sua evolução/prognóstico (maior facilidade de comunicação em caso de situações com melhor prognóstico, bem como em situação de diagnóstico em detrimento de recaída);

- A idade (nos doentes mais jovens pode ser necessária uma maior explicitação da informação, sendo necessária uma colaboração mais ativa no processo terapêutico);
- O impacto emocional da região doente (algumas regiões do corpo estão conotadas com um importante significado simbólico, o que deve ser tido em consideração aquando a transmissão do diagnóstico e a proposta do tratamento);
- O tipo de tratamento (a informação transmitida deve ser ainda mais explícita em caso de cirurgia mutilante, quimioterapia e radioterapia, devendo ser explicitado também o motivo da aplicação dos mesmos);
- O papel social (necessário ter em consideração o papel social e o projeto de vida até ao momento, de modo a compreender que efeito terá para o doente manter a dúvida relativamente ao seu futuro e ao dos seus familiares; a apresentação de um clima de medo e desorientação irá tornar impossível a criação de um projeto de vida minimamente realista).

Efetivamente, quanto maior for o conhecimento do enfermeiro sobre a pessoa cuidada, maior probabilidade haverá de se estabelecer uma comunicação eficaz e se conseguir atingir o objetivo de enfermagem que é, segundo Watson (2002), cuidar da pessoa na sua totalidade. Este cuidar implica um envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro (crescimento pessoal, maturidade, desenvolvimento profissional) e uma elevada consideração pela pessoa, pela vida/autonomia humana e liberdade de escolha. Também implica o conhecimento do comportamento e das respostas humanas no que respeita aos problemas de saúde, bem como a compreensão das suas necessidades e limitações, sendo pertinente a realização de ações facilitadas<sup>1</sup>, que permitam a resolução de problemas.

É premente ter em consideração que o enfermeiro exerce um papel fundamental na comunicação e gestão de más notícias. A literatura é escassa no que respeita ao papel do enfermeiro neste âmbito, tal como é referido por Warnock, Tod, Foster e Soreny (2010), sendo que os mesmos autores, citando Tobin e Begley (2008), consideram a comunicação de más notícias como um processo, incluindo as

---

<sup>1</sup> Ações facilitadas consistem em ações, relacionadas com o conhecimento geral e específico do cuidar e das respostas humanas, que permitam a resolução de problemas do outro, o seu crescimento e o seu transcendentalismo (do aqui e do agora) (Watson, 2002).

interações que ocorrem antes, durante e depois da comunicação da má notícia (englobando portanto a sua gestão). Deste modo, estes autores verificaram, no seu estudo sobre o papel do enfermeiro no processo de comunicação de más notícias, que os enfermeiros pensam que o seu envolvimento contribui para o desenvolvimento da relação com o doente e família, sendo esta a base do seu papel. Morrissey (1997) salienta ainda que o enfermeiro tem um papel de facilitador da interpretação da informação e expressão de sentimentos, ajudando os doentes a tomar as suas próprias decisões e a tomar conhecimento relativamente ao que se passa ao seu redor e no seu mundo.

Pereira (2008) afirma que a comunicação de más notícias deve ser efetuada faseadamente, sendo concreta e específica à situação em que o doente se encontra. O profissional de saúde deve ouvir o doente e transmitir a verdade, centrando a sua preocupação no que o doente quer saber e evitando referir o que ele não está preparado para ouvir (Pereira, 2008). À medida que a doença progride, a informação é transmitida e gerida de acordo com as necessidades do doente, as suas preocupações e expectativas, devendo ser incentivada e viabilizada a esperança realista (Querido, Salazar e Neto, 2010).

Na realidade, a literatura consultada incentiva a manutenção da esperança (Ptacek e Eberhardt, 1996), sendo que Barclay, Blackhall, M.T.S. e Tulsy (2007) referem que diversos estudos revelam que o prestador de cuidados, família e doente consideram a esperança realista como muito importante, mesmo em situações de doença terminal, e reportam um aumento do *stress* quando lhes é dito que nada há mais para ser feito.

Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale, e Kudelka (2000) sugerem que a comunicação de más notícias seja realizada através de um protocolo de seis etapas, denominado de SPIKES, salientando que nem todos os processos de comunicação de más notícias necessitam da aplicação de cada etapa, mas quando necessário, devem ser seguidos ordenadamente.

Segundo os mesmos autores, este processo de comunicação de más notícias apresenta quatro objetivos, sendo estes: obter informação relativa ao doente (no que

respeita ao conhecimento e expectativas do mesmo, bem como preparação para ouvir a má notícia); transmitir informação de acordo com os seus desejos e necessidades; apoiar o doente, desenvolvendo capacidades de reduzir o impacto emocional e isolamento no doente, e desenvolver um plano de tratamento em parceria com o doente.

Assim, devem ser seguidos, na comunicação de más notícias, os seguintes passos (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale, e Kudelka, 2000; Sancho, 1998):

- Planeamento da entrevista (através do ensaio mental da mesma):
  - Revisão do plano de transmissão da má notícia e da resposta que irá ser dada face às reações emocionais/perguntas difíceis do doente;
  - Criação de um ambiente tranquilo, em que seja respeitada a privacidade (pretende-se a criação de um ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo a nível físico, mental, social e espiritual, de acordo com Watson (2002));
  - Envolvimento de pessoas significativas, tendo o cuidado de se sentar e manter o contacto visual.
- Avaliação da perceção do doente relativamente à sua situação clínica (particularmente a gravidade e o modo como pode mudar o seu futuro, questionando-o de um modo afetuoso, decidido e firme, o que pensa relativamente à sua doença e o significado dos sintomas). Segundo estes autores, a resposta que o doente apresenta é reveladora de informação crucial no que respeita ao que o mesmo compreende da sua doença, ao modo como se expressa (palavras que utiliza e as que evita, além de permitir ao profissional situar-se no modo como se deve expressar) e o conteúdo emocional da mensagem transmitida pelo doente (permite a representação das emoções que o doente verbaliza e as palavras que implica, enquanto que a mensagem não verbal permite informação relativamente ao seu estado de espírito e a incongruência entre ambas permite detetar inibição das suas emoções);
  - Descobrir o que o doente pretende saber (considerando o que o mesmo quer saber e a que ritmo);

- Fornecer informação e conhecimento ao doente (avisando previamente que irá ser transmitida uma má notícia);
- Responder à emoção do doente (devendo esta ser observada, identificada e posteriormente transmitida ao doente, validando-a);
- Planear o futuro e acompanhar (em que o profissional de saúde deverá averiguar se o doente se encontra pronto para discutir o plano terapêutico).

Deste modo, é permitida a expressão de sentimentos, uma assistência às necessidades humanas e a resolução de problemas, o que constituem fatores indispensáveis para o cuidar, de acordo com Watson (2002). É de salientar que durante todo este processo é importante não esquecer as linhas orientadoras da comunicação verbal e não verbal já referidas no subcapítulo da Comunicação em Enfermagem.

Existem alguns artigos científicos de revisão da literatura e de evidência de estudos de investigação relativamente a esta temática. Barclay, Blackhall, M.T.S. e Tulskey, (2007), Eng, Yaakup, Shah, Jaffar e Omar (2012), Fallowfield, Ford e Lewis (1995), Fujimori, Parker, Akechi, Sakano, Baile e Uchitomi (2006); Gonçalves, Marques, Rocha, Leitão, Mesquita e Moutinho (2005), Kim e Alvi (1999) pretenderam identificar as preferências dos doentes no que respeita ao modo como lhes é transmitida a má notícia. Apesar dos autores mencionarem que não é possível efetuar generalizações face aos resultados obtidos e por eles apresentados, a verdade é que na literatura consultada maioritariamente referem que os doentes preferem ser detentores de informação relativamente à sua doença e aspetos a ela subjacentes. No entanto, existe pouco consenso no que respeita ao facto de desejarem estar acompanhados por um familiar aquando a comunicação do diagnóstico (Gonçalves, Marques, Rocha, Leitão, Mesquita e Moutinho, 2005; Kim e Alvi, 1999).

A validação da compreensão da informação ao longo da transmissão desta, bem como a realização de um resumo do que foi abordado, é reforçado por Eden, Black, MacKinlay e Emery (1994), citados por Ptacek e Eberhardt (1996) como um aspeto fundamental pois argumentam que os doentes não escutam aquilo que lhes é dito

após a comunicação da má notícia, o que condiciona o processamento da informação transmitida.

Para Sancho (1998), deve ser dada a oportunidade ao doente de questionar o profissional de saúde, pelo que o mesmo deve estar muito atento à solicitação de informação, de modo a poder dar uma resposta adequada. Se tal não for efetuado, o doente irá “fechar-se nele próprio” e será difícil restabelecer a comunicação.

O acompanhamento e a presença permanente do enfermeiro, junto do doente em internamento, pressupõem uma intervenção do enfermeiro na gestão de más notícias, pelo que de seguida abordarei esta temática.

## **2.5 Gestão de más notícias: estratégias de intervenção do enfermeiro**

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (2013), gestão é um “ato de gerir”, considerando gerir como “exercer o controlo de (...)”, “resolver com eficácia (dificuldade, problema)”, pelo que é possível afirmar que após a comunicação de uma má notícia, é premente gerir as reações por ela provocada. Na literatura, é muitas vezes referido com *“responding to emotions”*, estando associado às reações do doente relativamente à notícia transmitida.

Apesar de na literatura ser referenciada frequentemente a comunicação de más notícias, sem ser dado especial enfoque à sua gestão, a realidade é que, segundo Malloy, Virani, Kelly e Munévar (2010), citando Johnston e Smith (2006), Griffie, Nelson-Marten e Muchka S. (2004), Rabow, Hauser e Adams (2004), Sobo (2004) e Tulskey (2005), frequentemente é o enfermeiro que está presente na fase crítica dos doentes e familiares, ajudando-os a interpretar as más notícias e lidando com as respostas emocionais a tais informações. Deste modo, segundo os mesmos autores, no momento após a comunicação do diagnóstico, os enfermeiros participam ativamente no fornecimento de informações e na validação da informação médica. Já durante o tratamento, ouvem as preocupações dos doentes e famílias e

demonstram disponibilidade para os ajudar a ultrapassar cada dificuldade/etapa. É também nesta fase que o enfermeiro ajuda o doente e família a integrar a informação na sua realidade e a reorganizar o seu projeto de vida.

Carrapa (2010) afirma ainda que o facto de existirem *guidelines* (na minha opinião denominaria linhas orientadoras) para comunicação de más notícias constitui um aspeto importante, na medida em que as mesmas podem facilitar a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as emoções que são despoletadas, sendo que Quill, Arnold e Platt (2001) apontam como emoções presentes a raiva, tristeza, medo, luto, desesperança e culpa. Perante uma realidade que pressupõe uma perda, o doente passa por um processo psicológico de adaptação, que, segundo Kubler-Ross (1981), se encontra dividido em cinco fases, sendo estas a negação e isolamento, a raiva, a negociação, a depressão e a aceitação, podendo não ocorrer necessariamente por esta ordem. Ao compreender estes estadios que a pessoa está a vivenciar, é possível perceber as suas reações e delinear estratégias de comunicação, de modo a intervir de forma mais eficaz.

Sendo a comunicação a base da relação terapêutica, não é possível aprender a estabelecer uma comunicação eficaz e adequada apenas através de pesquisa bibliográfica. O desenvolvimento de competências na área da comunicação, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pela equipa de enfermagem, ocorre a partir da acumulação de experiência clínica, bem como do treino de competências. Este último pretende induzir mudanças eficazes e duradouras na atuação do profissional, aumentando a sua satisfação e a do próprio doente (Fallowfield, Jenkins, Farewell, Saul, Duffy e Eves, 2002). A reflexão relativamente à intervenção do enfermeiro no que respeita à comunicação, a discussão com pares, a observação de vídeos ou a execução de simulações, são benéficos tanto para os profissionais de saúde como para o próprio doente a quem são prestados os cuidados (Querido, Salazar e Neto, 2010). Phaneuf (2005) salienta também a importância do autoconhecimento, autoconfiança e autoestima do enfermeiro, como fatores que influenciam o estabelecimento da comunicação eficaz. É importante, também, que o enfermeiro reflita sobre si, sobre a forma como se relaciona com o doente e família e a sua capacidade de comunicar eficazmente, tendo consciência

das suas limitações e recorrendo à equipa de enfermagem quando necessário. Watson (2002) refere igualmente que a relação transpessoal do cuidar se encontra dependente, além dos aspetos já descritos, da história de vida do enfermeiro, que envolve o seu crescimento pessoal, a maturidade e o próprio desenvolvimento do “ser” enfermeiro, pelo que é fundamental o investimento do mesmo na sua aprendizagem relativamente a esta temática. Esse foi o percurso que fiz, ou seja, um estágio que me permitiu o desenvolvimento de competências na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família, que irei analisar no capítulo que se segue.

### **3. TRABALHO DE CAMPO**

Neste capítulo será feita uma análise crítica do percurso desenvolvido, com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Irei referir a metodologia utilizada, os objetivos traçados para cada local onde foi realizado o estágio, as estratégias por mim realizadas, a sua avaliação, assim como as competências desenvolvidas.

#### **3.1 Metodologia de trabalho**

Utilizei a metodologia de projeto, tendo realizado três estágios: Consulta Multidisciplinar da Mama, UCINC, Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos e Serviço de Internamento de Neurocirurgia.

A seleção dos locais de estágio foi cuidadosamente planeada, no sentido de em cada um deles desenvolver aprendizagens/competências específicas. Assim, no que respeita à Consulta Multidisciplinar da Mama, tinha conhecimento prévio de que a mesma era composta por um corpo profissional de três médicos, duas enfermeiras de referência, duas psicólogas e uma assistente social. As más notícias associadas ao diagnóstico/recidiva de cancro são comunicadas pelo médico, de um modo estruturado e na presença, habitualmente, do enfermeiro de referência e da psicóloga. Os enfermeiros de referência são responsáveis pela realização de uma “Consulta de primeira vez”, onde é efetuada uma colheita de dados relativamente ao doente. Prestam também cuidados de enfermagem após a cirurgia e alta hospitalar, nomeadamente a realização de tratamentos à ferida cirúrgica. A seleção deste local de estágio deveu-se ao facto de ali pretender desenvolver competências essencialmente na área da comunicação de más notícias ao doente oncológico.

No que respeita à UCINC do hospital onde exerço funções, tive conhecimento de que eram comunicadas e geridas más notícias, de um modo estruturado, à família do doente neurooncológico, motivo pelo qual a escolhi, esperando ser um local enriquecedor para o desenvolvimento de competências neste âmbito. O facto de ser um dos locais inseridos no percurso do doente neurooncológico, constituiu um forte argumento para a sua seleção. Pretendia também compreender melhor os sentimentos/emoções da família, imediatamente após a cirurgia, bem como o impacto imediato na sua estrutura, aprendendo a gerir essa mesma situação.

A seleção do Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos deveu-se ao facto de lá serem transmitidas, frequentemente e de um modo estruturado, más notícias pelo enfermeiro, esperando também desenvolver competências no que respeita à gestão das mesmas, direcionadas ao doente oncológico e família.

Obviamente que me fez todo o sentido efetuar estágio no serviço onde exerço funções, de modo a aplicar os conhecimentos adquiridos e ao mesmo tempo ser um elemento dinamizador no que respeita à comunicação e gestão de más notícias, com o intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista neste âmbito, promovendo a melhoria da prestação de cuidados.

De referenciar que, ao longo do estágio, recorri à reflexão escrita sobre a prática. Os textos elaborados espelham as aprendizagens efetuadas em cada local de estágio, resultantes da reflexão relativamente a eventos significativos, uma vez que, tal como refere Alarcão (2001), é necessária a concetualização e reflexão relativamente à experiência, para que a mesma seja formativa. A reflexão constitui o “motor de desenvolvimento profissional e humano” (p. 53). Na elaboração de textos relativamente às aprendizagens adquiridas, foi utilizado o Ciclo de Gibbs. Este compreende seis etapas, descritas por Jasper (2003), em que na primeira é efetuada uma descrição relativamente ao evento significativo, posteriormente são descritos os pensamentos e sentimentos inerentes a essa situação e, seguidamente, é efetuada a avaliação da experiência, salientando-se os aspetos positivos e negativos da mesma. A quarta etapa consiste na análise da situação, em que são

escrutinados os diferentes componentes do evento, sendo posteriormente descrito o que mais se poderia ter feito e terminando com o planeamento da ação, no futuro.

Recorreu-se, também, à pesquisa bibliográfica na Internet, na base de dados da EBSCO e na base de dados do centro de documentação da ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), tendo sido selecionados livros relacionados com a temática, teses de mestrado que abordam aspetos inerentes a este âmbito e artigos científicos. A observação da prática também foi uma estratégia utilizada, assim como a prestação de cuidados aplicando as aprendizagens efetuadas e a reflexão na ação e sobre a ação com os orientadores do local de estágio e colegas. Recorreu-se também a reuniões de formação sobre a temática, bem como à elaboração de um *poster* e de um *dossier* com bibliografia relacionada com a comunicação e gestão de más notícias. A construção e aplicação de um questionário, de modo a compreender as dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem onde me insiro, relativamente à comunicação com o doente neurooncológico e família, constituiu, também, outra estratégia utilizada.

### **3.2 Consulta Multidisciplinar da Mama**

O estágio realizado na Consulta Multidisciplinar da Mama realizou-se entre os dias 1 e 22 de outubro de 2012, na totalidade de seis turnos. Esta tem como objetivo proporcionar o melhor tratamento e a melhor qualidade de vida aos doentes, sendo os mesmos referenciados pelos Cuidados Primários, entre outros. A primeira consulta é realizada pelo médico com especialidade em cirurgia, existindo, tal como referido anteriormente, uma consulta prévia de enfermagem, onde o enfermeiro realiza a colheita de dados relativamente ao doente, demonstra a disponibilidade da equipa de enfermagem para o apoiar e promove a partilha de sentimentos. Se houver indicação médica, os doentes são encaminhados, nesse mesmo dia, para o Serviço de Imagiologia/Anatomia Patológica para esclarecimento do diagnóstico, tendo conhecimento da sua situação clínica cinco dias depois. Em caso de patologia

oncológica, a comunicação do diagnóstico é efetuada na presença de psicóloga e, se possível, do enfermeiro, sendo efetuada também referência à assistente social, caso seja necessário. A proposta terapêutica é apresentada ao doente após a reunião multidisciplinar de decisão terapêutica. O papel do enfermeiro consiste no esclarecimento dos tratamentos propostos, bem como na gestão das alterações emocionais decorrentes. De referir que esta consulta é efetuada em sala própria, existindo uma secretária, onde se encontra, atrás da mesma, uma cadeira onde se senta o médico, duas cadeiras à frente (para doente e familiar), uma ao lado do médico e outra perto de onde se encontra o doente (para psicóloga e enfermeira). É providenciada, assim, a privacidade, bem como a não interrupção da consulta, uma vez que a mesma ocorre em horas marcadas. É, portanto, providenciado um ambiente seguro e protetor, tal como Watson (2002) defende. As consultas de enfermagem são realizadas também em consultórios, nos mesmos moldes, o que permite a expressão de sentimentos por parte do doente, mantendo a privacidade, o que vai ao encontro do primeiro passo do protocolo de Buckman, no que diz respeito ao planeamento da entrevista.

Neste serviço, delineei como objetivo geral desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da comunicação de más notícias ao doente oncológico, tendo como objetivos específicos aprofundar conhecimentos relativamente à comunicação e gestão de más notícias ao doente oncológico e descrever/refletir nas estratégias utilizadas pelo enfermeiro.

Recorri, deste modo, à pesquisa bibliográfica na Internet, na base de dados da EBSCO e na base de dados do centro de documentação da ESEL, tendo selecionado livros relacionados com a temática, teses de mestrado que abordam aspetos inerentes a este âmbito e artigos científicos (Apêndice II), o que me permitiu um maior conhecimento no que respeita à comunicação de más notícias. Através da conversa informal com a equipa e da observação da sua intervenção, pude constatar as estratégias utilizadas na comunicação e gestão de más notícias direcionadas ao doente oncológico, identificando as etapas do protocolo de Buckman e, posteriormente, refletindo relativamente a estas experiências de comunicação. Na realidade, tal como é constatado na reflexão que elaborei (Apêndice III), o facto de

ter assistido à comunicação de uma má notícia por um profissional especializado e seguindo as linhas orientadoras, de acordo com o Protocolo de Buckman, permitiu um maior conhecimento face ao modo como o mesmo deve ser aplicado. A reflexão escrita permitiu a conceptualização da experiência vivenciada, de modo a ser, posteriormente, experimentada numa situação semelhante, nos próximos locais de estágio.

Considero importante salientar que também tive oportunidade de assistir a alguns momentos de gestão de ansiedade, observando o impacto da cirurgia na vida dos doentes. Na realidade, o facto de a equipa de enfermagem efetuar o acompanhamento dos doentes após a alta, em que estes se dirigem ao enfermeiro para efetuar o tratamento da ferida cirúrgica, permite o estabelecimento de uma relação de maior proximidade e um maior acompanhamento dos doentes no pós-operatório, ajudando os mesmos a lidar com as alterações decorrentes da cirurgia. Estes momentos decorrem em espaços “individualizados”, onde apenas estão presentes o enfermeiro e o próprio doente.

Considero pertinente também referenciar que, perante a má notícia transmitida pelo médico, o enfermeiro assume, posteriormente, um papel primordial na sua gestão, o que constitui uma intervenção fundamental para o doente. Na verdade, a realização deste estágio permitiu-me aperceber da perplexidade/choque manifestada(o) pelos doentes após a comunicação da má notícia, das dúvidas que surgem após a comunicação do diagnóstico, da ansiedade face à situação em si e da necessidade de partilhar/expressar emoções. Estas observações constituíram um importante contributo para o meu conhecimento e compreensão do impacto da comunicação do diagnóstico na vida do doente e, conseqüentemente, da importância do enfermeiro. Tal é apoiado por Warnock, Tod, Foster e Soreny (2010), que referem que os enfermeiros se encontram envolvidos em diversos aspetos da comunicação de más notícias (incluindo a gestão das mesmas). Já Khalili (2007) salienta o papel do enfermeiro no envolvimento da família como um todo, dando atenção aos indivíduos que compõem essa unidade. O confronto com estas situações também me fez pensar na minha prática e refletir sobre as minhas dificuldades na gestão de más notícias, pelo que constitui um aspeto importante na minha aprendizagem.

Com a experiência descrita atingi os objetivos a que me propus, tendo aprofundado conhecimento relativamente à comunicação e gestão de más notícias, bem como observado estratégias para a comunicação e gestão das mesmas.

Concluindo, posso afirmar que a realização deste estágio constituiu um passo importante para o desenvolvimento das competências “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011, p.2), “possibilita a expressão de preocupações e inquietações, responde adequadamente e reconhece a ansiedade, *stress* e depressão” (EONS, 2005, p.19) e “usa uma variedade de técnicas de comunicação para promover o bem-estar de uma pessoa com cancro” (EONS, 2005, p.18). Permitiu igualmente desenvolver outra competência fundamental preconizada pela EONS (2005), que é “refletir e avaliar criticamente a própria prática” (p.20).

### **3.3 Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos**

O estágio efetuado na UCINC realizou-se entre o dia 17 de outubro e o dia 18 de novembro de 2012, na totalidade de doze turnos.

Neste serviço delineei como objetivo geral desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da comunicação e gestão de más notícias à família do doente neurooncológico, tendo como objetivos específicos aprofundar conhecimentos relativamente a estratégias de comunicação e gestão de más notícias à família do doente neurooncológico, descrever essas mesmas estratégias e aplicá-las.

Recorri à pesquisa bibliográfica relacionada com a comunicação e gestão de más notícias à família do doente neurooncológico na minha biblioteca pessoal, no centro de documentação da ESEL e na EBSCO (Apêndice II), o que me permitiu um maior conhecimento no que respeita à problemática da família do doente que se encontra numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Através da conversa informal com a equipa, pude verificar que existem estratégias utilizadas na comunicação e gestão de más notícias, nomeadamente no fornecimento de informação e na resposta à emoção. Partilhei também a minha experiência no serviço de internamento, no que respeita à gestão da situação de doença do familiar e à dificuldade que a família manifesta na transição de um serviço para outro (os doentes são transferidos da UCINC para o serviço onde exerço funções). Esta perceção constituiu uma mais-valia para os profissionais, no sentido de ficarem mais despertos para as dificuldades das famílias na adaptação ao serviço de internamento após a passagem do doente pela UCINC, o que permite a intervenção do enfermeiro na preparação da família para esta transição.

A observação da intervenção dos profissionais e a reflexão com o orientador ou outros elementos da equipa, relativamente à comunicação e gestão de más notícias à família, permitiu a compreensão da especificidade do serviço. As UCI são sentidas, pela família, como locais onde os doentes habitualmente se encontram em perigo de vida. A sua disposição, os equipamentos, os ruídos, as mobilizações e intervenções permanentes inquietam a família, provocando nesta maior sofrimento. Salienta Rosário (2009) que o estado de saúde do doente, a gravidade da situação e a dificuldade de comunicar com este, são aspetos que contribuem para aumentar a ansiedade da família. A redução da ansiedade dos familiares internados na UCINC é conseguida através da presença constante do enfermeiro, da sua escuta ativa, da atenção dispensada à família e da desmistificação da presença de equipamentos sofisticados. Estas intervenções, dirigidas à pessoa significativa, além de ajudarem a reduzir a ansiedade da família, promovem a sua aproximação ao doente.

Simultaneamente, a reflexão relativamente a eventos significativos possibilitou o aprofundamento de situações relevantes para a minha aprendizagem. O evento mais significativo, neste local de estágio, exerceu um importante contributo no meu conhecimento face às implicações da situação de doença no sistema familiar, além de que possibilitou o meu desenvolvimento na comunicação e gestão de más notícias direcionadas à família. Diz respeito a uma experiência com um familiar de um doente em coma na UCINC, que apesar de não ter uma doença oncológica, me

possibilitou colocar em prática estratégias de comunicação aprendidas anteriormente. Apresento a reflexão sobre essa situação em Apêndice IV.

De salientar que, a partir da conversa informal, da reflexão com o orientador e equipa de enfermagem e da minha própria reflexão, compreendi o impacto na família da transferência do doente da UCINC para a enfermaria, uma vez que passei a conhecer a realidade dos dois serviços. De facto, quando o doente transita da UCINC para o Serviço de Internamento de Neurocirurgia, sem contacto prévio com o último, constato na prática (e os meus colegas também o verbalizam), que frequentemente a família manifesta medo, preocupação ou até revolta com a transição, encarando-a como uma má notícia. O facto de o doente, por vezes, ser incapaz de verbalizar desconforto ou tocar a campainha, a ausência de equipamentos ao seu redor e de um enfermeiro em permanência no quarto, causam apreensão/inquietude na família. Esta situação é referenciada por Choate e Stewart (2002) que consideram que a transferência da UCI para a enfermaria pode ser causadora de *stress* e ansiedade por parte dos familiares, devido ao facto de haver perda do ambiente que é considerado como conhecido e seguro em detrimento de um ambiente desconhecido. Mitchell, Courtney e Coyer (2003) referem que com o objetivo de reduzir a ansiedade provocada pela transferência da UCI para a enfermaria, pode ser introduzido, pelo(s) enfermeiro(s) que estabeleceram estratégias de comunicação eficazes com a família, a temática da transferência, preparando-os para a mesma, de forma a que seja considerada natural e até desejável. Choate e Stewart (2002) sugerem que uma visita prévia da família à enfermaria, em que é conhecido o seu ambiente e a equipa de enfermagem, o planeamento antecipado de cuidados direcionados ao doente previamente à sua entrada na enfermaria e o contacto com a família assegurando que a mesma tem conhecimento da transferência do doente, constituem intervenções de enfermagem pertinentes.

De referir que considerarei que esta situação seria um assunto pertinente para partilha e reflexão com a equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções, sendo um aspeto a considerar no projeto que pretendo desenvolver na continuidade deste estágio e que abordarei no capítulo das “Implicações para a prática”.

Também a colaboração na prestação de cuidados contribuiu para o desenvolvimento de estratégias de comunicação e gestão de más notícias, pelo que a partir da reflexão face à minha atuação foi possível identificar os aspetos a melhorar, tendo como base a bibliografia pesquisada relativamente à temática; tal permitiu o desenvolvimento da consciencialização relativamente ao meu papel na comunicação e gestão de más notícias à família do doente neurooncológico, o que constitui, de acordo com Watson (2002), um aspeto importante do cuidar.

Face ao que foi referido, considero que neste local desenvolvi as seguintes competências: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2010, p.4), “possibilita a expressão de preocupações e inquietações, responde adequadamente e reconhece a ansiedade, *stress* e depressão” (EONS, 2005, p.19), “usa uma variedade de técnicas de comunicação para promover o bem-estar de uma pessoa com cancro” (EONS, 2005, p.19) e “reflete e avalia criticamente a própria prática” (EONS, 2005, p.20).

### **3.4. Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos**

No estágio efetuado no Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos realizei 18 turnos, entre os dias 19 de novembro de 2012 e 13 de janeiro de 2013.

Neste serviço delineei como objetivo geral desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da comunicação e gestão de más notícias ao doente oncológico e família, tendo como objetivos específicos aprofundar conhecimentos relativamente a estratégias de comunicação e gestão de más notícias, em situação de doença previamente diagnosticada. Pretendia também descrever e aplicar essas mesmas estratégias.

Recorri, assim, à pesquisa bibliográfica relacionada com a comunicação e fundamentalmente a gestão de más notícias, na minha biblioteca pessoal, no centro de documentação da ESEL e na EBSCO (Apêndice II), o que me permitiu um maior

conhecimento no que respeita às estratégias de comunicação e gestão de más notícias ao doente oncológico e família, de modo a poder aplicá-las.

Através da conversa informal com a equipa, pude constatar as estratégias utilizadas na comunicação e essencialmente na gestão de más notícias, bem como as principais dificuldades sentidas. Também obtive um maior conhecimento relativamente à perceção da equipa de enfermagem face ao impacto do internamento e da doença na vida do doente e respetiva família. A partir da observação da intervenção da equipa, foi possível identificar estratégias de comunicação e gestão de más notícias, tendo posteriormente refletido relativamente a estas experiências, tal como pode ser constatado na reflexão que elaborei (Apêndice V). Na verdade, tal como é referido nesta reflexão, foi possível verificar o impacto do internamento e da doença no doente e sua família, o que é extremamente pertinente para o conhecimento da pessoa na sua totalidade. De acordo com Watson (2002), a enfermagem possui um compromisso com o cuidar da pessoa nessa mesma totalidade, nas suas três esferas do ser – mente, corpo e alma. Também a reflexão com a orientadora do local de estágio permitiu a partilha de conceitos, estratégias e dúvidas relacionadas com a comunicação e gestão de más notícias ao doente oncológico e família, constituindo um fator essencial para a minha aprendizagem e contribuindo para o meu desenvolvimento.

A colaboração na prestação de cuidados ao doente oncológico, permitiu o desenvolvimento de técnicas necessárias para uma comunicação eficaz. Esta proximidade com o doente permitiu a identificação das emoções que se encontravam presentes, a partilha de sentimentos e a escuta ativa. Ao demonstrar disponibilidade, tive possibilidade de aferir a informação que o doente assimilava, validando a sua compreensão. Assim foi possível gerir situações de más notícias, o que permitiu o desenvolvimento, essencialmente, do meu saber fazer e do meu saber ser, contribuindo para a acumulação de experiência na área. A reflexão escrita permitiu a conceptualização das experiências vivenciadas, aumentando a minha preocupação face ao impacto do internamento e da doença no doente e família. Desenvolvi, também, o meu conhecimento face à comunicação e essencialmente face à gestão de sentimentos gerados pela comunicação de más notícias, alterando

a minha prestação de cuidados, em situações posteriores. Assim, a partir de uma reflexão efetuada sobre a minha intervenção com uma doente, que apresento em Apêndice VI, pude constatar que a minha perceção relativamente a determinada situação pode não ser necessariamente a correta. É fundamental o maior conhecimento das características pessoais de cada doente, estando “recetiva” a qualquer reação inesperada do mesmo, uma vez que tenho sempre de ter em conta a intersubjetividade humana (Watson, 2002). A reflexão apresentada no Apêndice VI espelha isso mesmo, ou seja, a preparação inicial para a comunicação (de acordo com a primeira etapa do protocolo de Buckman) pode não ser eficaz, porque cada pessoa é um ser único, que reage às situações de um modo também ele único, pelo que requer, da parte do profissional de saúde, agilidade de pensamento e treino para a imprevisibilidade. Numa situação vivenciada neste estágio e sobre a qual reflito em Apêndice VII, fiz uma aprendizagem muito importante, que foi o facto de perceber que algumas notícias que diariamente transmito aos doentes e que não considero má notícia, poderão sê-lo, para eles. Apesar de Buckman (1992) referir que o impacto da notícia depende das expectativas do doente e de já ter esse conhecimento, devido à pesquisa bibliográfica que realizei, nunca me tinha deparado com uma situação vivida em que me apercebesse nitidamente desta realidade. O facto de ter vivenciado esta situação e a ter analisado, permitiu-me refletir igualmente sobre o impacto das notícias que transmito aos doentes, diariamente, sem consciencialização relativamente às consequências que as mesmas podem ter na sua vida. É fundamental ter em consideração que o doente possui opiniões e significados relacionados com experiências de saúde e doença. Estes devem ser tidos em consideração (Watson, 2002), tendo impacto na forma como o enfermeiro deve comunicar com o doente. Considero, assim, que este incidente permitiu o meu desenvolvimento no que respeita a técnicas de comunicação, permitindo o desenvolvimento de estratégias de comunicação e gestão de más notícias ao doente oncológico. Simultaneamente exerceu um contributo no desenvolvimento do meu autoconhecimento e da assertividade, permitindo a reflexão face à minha intervenção.

Na fase final deste estágio, efetuei, por sugestão da enfermeira orientadora e com grande satisfação, uma sessão de informação direcionada à equipa de enfermagem

do serviço. Tinha como objetivos partilhar o contributo do local de estágio para a concretização do meu projeto e promover a reflexão dos enfermeiros relativamente a reações do doente/família face à comunicação de más notícias. Na realidade, tal como refere Querido, Salazar e Neto (2010), a discussão com pares é benéfica para os profissionais de saúde. Foi então planeada uma sessão com duração de aproximadamente 50 minutos (Apêndice VIII) e elaborado um documento para avaliação da sessão (Apêndice IX). Estiveram presentes sete elementos, que participaram ativamente, sendo que a maioria (quatro elementos) considerou que a sessão de discussão exerceu um contributo muito importante na aquisição de conhecimentos relativamente à temática. Como aspetos mais importantes foram salientados as estratégias de comunicação que podem ser desenvolvidas na gestão de más notícias, a partilha de experiências/opiniões e a reflexão face à temática. Foram apontadas como sugestões: uma maior duração da sessão, treino das estratégias de comunicação através de *role-playing*, dramatização e discussão em grupos multidisciplinares e redução do texto presente em cada diapositivo. A realização desta sessão foi extremamente pertinente para a minha aprendizagem porque, ao colocar-me no papel de formador, mobilizei as aprendizagens adquiridas, ao longo dos múltiplos contextos, permitindo-me refletir sobre as futuras sessões a realizar no meu local de trabalho.

Na realização deste estágio, pude desenvolver as seguintes competências: “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2010, p.4), “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011, p.2) e “possibilita a expressão de preocupações e inquietações, responde adequadamente e reconhece a ansiedade, *stress* e depressão” (EONS, 2010, p.19). Desenvolvi também: “usa uma variedade de técnicas de comunicação para promover o bem-estar de uma pessoa com cancro” (EONS, 2005, p.18), “avalia o impacto do cancro na saúde / estado de doença do doente e da família” (EONS, 2005, p.19).

### **3.5 Serviço de Internamento de Neurocirurgia**

Este último local de estágio decorreu de 14 de janeiro a 15 de fevereiro de 2013, totalizando 18 turnos. Neste serviço delineei como objetivo geral promover a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família. Os objetivos específicos eram aplicar estratégias de comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família e promover a reflexão e a aprendizagem dos enfermeiros relativamente aos aspetos relacionados com a comunicação e gestão de más notícias.

Assim, para a concretização de ambos os objetivos, recorri à pesquisa bibliográfica na Internet, na base de dados da EBSCO e na base de dados do centro de documentação da ESEL, tendo selecionado livros relacionados com a temática, (dando enfoque também ao treino dos profissionais) (Apêndice II), o que me permitiu um maior conhecimento no que respeita à problemática do doente neurooncológico e família e intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias.

No que respeita ao primeiro objetivo, direcionado ao meu desenvolvimento de competências relativamente às estratégias de comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família, recorri à prestação de cuidados de enfermagem neste âmbito, aplicando os conhecimentos adquiridos nos locais de estágio anteriores. Foi possível, assim, estabelecer uma comunicação verbal e não verbal mais eficaz, tendo maior consciencialização da importância da comunicação não verbal, tanto no que diz respeito à minha pessoa, como ao próprio doente e família. Tive oportunidade também de gerir algumas más notícias, o que permitiu o meu crescimento profissional neste âmbito. A reflexão escrita de eventos significativos possibilitou a conceptualização das situações que vivenciei, permitindo efetuar uma análise e avaliação das mesmas, de modo a que, caso a situação ocorra no futuro, as estratégias por mim desenvolvidas sejam mais adequadas, uma vez que cada experiência se vale das experiências anteriores, enriquecendo, simultaneamente, as experiências futuras (Cavaco, 2009). Durante o estágio, foram

três as situações que considereei significativas para a minha aprendizagem, estando as mesmas relacionadas com a gestão de más notícias ao doente e família (ansiedade, esperança/desesperança). As duas primeiras, apesar de não dizerem respeito a doentes vivenciando situações neurooncológicas, constituíram momentos importantes de aprendizagem e de desenvolvimento de competências na gestão de más notícias, pois a experienciação e reflexão destas duas situações permitiu-me a aquisição de conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais no âmbito da gestão da emoção presente, pelo que irei aprofundar a sua reflexão, seguidamente. O primeiro evento (Apêndice X) encontra-se relacionado com a preocupação do doente face a uma necessidade de tomada de decisão e medo das consequências dessa mesma decisão, pelo que neste evento tive oportunidade de desenvolver essencialmente a competência “possibilita a expressão de preocupações e inquietações, responde adequadamente e reconhece a ansiedade, *stress* e depressão” (EONS, 2005, p.19), tendo promovido uma escuta ativa, com recurso a respostas empáticas. Na verdade, à semelhança do que Buckman (1992) preconiza, no que se refere à gestão da ansiedade/medo, identifiquei a sua causa, permiti a expressão de sentimentos, utilizando respostas empáticas, e transmiti-lhe a informação que considereei pertinente. O facto de o doente ter demonstrado estar bastante atento à minha comunicação não verbal foi de extrema importância para desenvolver a minha consciencialização relativamente à mesma, principalmente no que respeita à expressão corporal, uma vez que esta última me parece de mais difícil treino. Esta situação permitiu-me, também, efetuar uma maior reflexão relativamente à necessidade precoce de gerir as expectativas dos doentes. O facto de o doente prever ter alta e, afinal, lhe ser oferecido um tratamento que, além dos seus riscos, implicava um prolongamento do tempo de internamento, constituiu, a meu ver, um aspeto condicionante da sua preocupação/ansiedade. O segundo evento (Apêndice XI) diz respeito a um doente com esperança/desesperança, associada também a ansiedade, situação que me causou bastante desconforto por constituir um acontecimento inédito na minha vida profissional e, portanto, difícil de gerir. Decorreu no momento do acolhimento, em que eu não possuía conhecimento aprofundado relativamente ao doente, o que me levou a constatar que o conhecimento face à personalidade, às crenças e valores e à individualidade de

cada ser humano, é fundamental. A colheita de dados e a validação da informação no momento da admissão e ao longo de todo o internamento, são cruciais para que ocorram intervenções de enfermagem de qualidade e eficazes. A verdade é que, apesar de ter conhecimento relativamente às intervenções recomendadas, não existe uma resposta, mas sim várias respostas que podem ser referidas, dependendo, não só do ambiente em que o evento decorre, como também dos seus intervenientes. Tal como Watson (2002) refere, o cuidar encontra-se relacionado com respostas humanas intersubjetivas, condições de saúde-doença, interações ambiente-pessoa, conhecimento do processo de cuidar, autoconhecimento e conhecimento da próprias capacidades e limitações do profissional de saúde para negociar. Assim, o acolhimento torna-se um momento fundamental para o conhecimento dos aspetos relacionados com o doente e suas significações, sendo que a mesma autora defende também que os sentimentos que o enfermeiro incute no outro, enquanto artista, podem ser variáveis. O terceiro evento significativo (Apêndice XII) foi desta vez direcionado ao doente neurooncológico e família, em contexto de internamento. Desenvolvi a minha capacidade de estabelecer uma relação empática, identificando as emoções presentes e promovendo a partilha de sentimentos. Estive atenta à minha comunicação não verbal, por forma a ser coerente com a relação que pretendia estabelecer com o doente. Assim, na resposta à emoção, segui os três passos seguidos por Baile e Beale (2001), que consistem em ouvir e observar a resposta emocional, em identificar a causa da emoção e, por último, dar uma resposta empática, que demonstra compreensão e conhecimento daquilo que o doente está a vivenciar; identifiquei também a causa da ansiedade, permitindo a partilha de sentimentos e transmitindo a informação relevante para o efeito, tal como Buckman (1992) salienta. Assim, de um modo geral, nesta última situação, apesar de os sentimentos presentes serem semelhantes à primeira reflexão descrita neste estágio (Apêndice X), a verdade é que decorreu de um modo diferente, uma vez que o ambiente e os intervenientes eram diferentes (excetuando a minha pessoa), bem como o contexto (situação de saúde-doença diferente), o que demonstra, mais uma vez, que apesar de existir literatura relativamente a esta temática, a realidade é que não existem *guidelines*, mas sim linhas orientadoras na gestão de más notícias. Estas linhas orientadoras, de acordo com Carrapa (2010),

facilitam a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as emoções que são despoletadas.

O segundo objetivo específico estava delineado no Projeto como “capacitar a equipa de enfermagem para a comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família”, mas ao deparar-me com um estágio curto em duração, um elevado número de elementos da equipa e as condições do serviço na altura, percebi que este objetivo era demasiado ambicioso e modifiquei-o para um objetivo menos ambicioso e mais realista. Assim, considerei como objetivo específico: promover a reflexão e a aprendizagem dos enfermeiros relativamente aos aspetos relacionados com a comunicação e gestão de más notícias. A capacitação da equipa de enfermagem neste âmbito, fará parte do projeto que, posteriormente, pretendo continuar a desenvolver, após o término deste período de formação.

De modo a alcançar o objetivo proposto, recorri a diversas estratégias. Primeiramente dei conhecimento à enfermeira-chefe sobre o projeto que pretendia realizar, solicitando a sua autorização para as estratégias que pretendia desenvolver, pelo que, face à sua resposta positiva, realizei uma sessão de informação à equipa, com duração estimada de 30 minutos, com o intuito de apresentar o projeto e os seus objetivos. Pretendia assim, que tal constituísse um elemento motivador para a equipa e, simultaneamente, um momento de reflexão relativamente à temática. Efetuei, assim, o planeamento e elaboração da sessão (Apêndice XIII) e apliquei um documento de avaliação da mesma (Apêndice XIV), com quatro questões para preenchimento rápido que versaram sobre a importância atribuída à sessão no que respeita à reflexão relativamente à temática, o que foi considerado mais importante na sessão e sugestões para a melhoria da mesma. Efetivamente a sessão teve a duração de aproximadamente 45 minutos, devido à elevada participação dos elementos presentes no momento reflexivo, o que constituiu, na minha opinião, um aspeto positivo, demonstrando motivação e interesse. Estiveram presentes cinco elementos, sendo que a maioria (três elementos) considerou a sessão muito pertinente no que respeita à reflexão relativamente à temática, apontando inclusivamente a discussão e reflexão (estratégias a desenvolver, dificuldades da equipa, situações concretas de cuidados,

pertinência do tema do projeto) como os aspetos mais importantes da reunião. Como sugestões foram apontadas a alteração do horário da realização da sessão (apesar de não ser sugerida outra hora) para acessibilidade a um maior número de elementos da equipa. Seria importante também abordar técnicas de comunicação definindo estratégias para uma melhor qualidade dos cuidados e haver mais tempo para discussão. Estas sugestões contribuíram para que na primeira sessão de formação fossem abordadas técnicas de comunicação, tendo também sido aumentado o tempo estimado de duração das sessões.

Analisando esta sessão, considero que constituiu uma mais valia, na medida em que permitiu apresentar o meu projeto aos elementos presentes e partilhar, em equipa, aspetos relacionados com a temática da comunicação e gestão de más notícias, o que por si só possibilitou a introdução de um espaço físico-temporal para a discussão e reflexão.

Recorri também à realização de sessões de formação, direcionadas à equipa, recorrendo à exposição de conteúdos (através da utilização de *Power Point*®) e a momentos interativo-reflexivos (utilização de *role-playing*, elaboração de questões de reflexão e partilha entre os presentes e visualização de filmes). O *role-playing* permite, embora em contexto protegido e fictício, um treino para o profissional e, de acordo com Fallowfield, Jenkins, Farewell, Saul, Duffy, e Eves (2002), o treino de competências pretende induzir mudanças eficazes e duradouras na atuação do profissional, promovendo, portanto, o desenvolvimento de competências na área da comunicação. De referir também que, de acordo com Jackson e Back (2011), o *role-playing* constitui um método importante no desenvolvimento de competências necessárias para gerir situações difíceis (como a comunicação e gestão de más notícias) e na promoção da autoconsciência, sem causar ansiedade por parte dos intervenientes.

Saliente-se que a sessão de informação, bem como as sessões de formação seguintes, foram incluídas no planeamento de formação em serviço, tendo sido realizadas no horário já predefinido (15h), de forma a ser acessível aos colegas que fazem o turno da manhã e o da tarde. De modo a realizar uma sequência lógica de formação e tendo em consideração que existem aspetos essenciais da comunicação

que são imprescindíveis para uma comunicação e gestão de más notícias eficaz, fez-me sentido estruturar as sessões de formação dirigidas à equipa em três fases: uma mais vocacionada para a comunicação, outra para a comunicação de más notícias e a última direcionada para a gestão de más notícias. Por questões relacionadas com o tempo, recursos humanos e gestão do serviço, não foi possível aos enfermeiros experienciarem as formações na sua totalidade

A primeira sessão de formação, com duração prevista de 60 minutos, tinha como objetivo geral capacitar os presentes a desenvolver estratégias de comunicação eficazes. Foi feito o planeamento da sessão e uma apresentação em *Power Point*® para orientação da mesma (Apêndice XV). Inicialmente foi realizado um *brainstorming* relativamente à definição de comunicação e identificação de fatores que influenciam a comunicação, sendo posteriormente apresentadas definições de acordo com alguns autores, socorrendo-me também ao que os colegas referiram. Depois foram aprofundados, de forma mais expositiva, outros conteúdos, como os tipos de comunicação, fatores influenciadores da mesma, as estratégias para o desenvolvimento de comunicação eficaz, dando especial enfoque à empatia. De forma a promover a reflexão e consciencialização da importância da comunicação não verbal, recorreu-se à visualização de dois pequenos excertos de um vídeo, onde foram observadas estratégias de comunicação eficazes. A sessão terminou com um *role-playing*, onde foi efetuada uma exemplificação de comunicação empática e entregue uma escala de empatia meramente orientadora para reflexão e avaliação da situação por parte dos seus intervenientes e observadores (Anexo I). Na verdade, Fallowfield e Jenkins (2004) consideram pertinente as componentes cognitiva (baseada na evidência), comportamental (*role-playing*) e afetivas (que envolve a exploração de sentimentos). Levetown (2008) refere, como ferramentas de ensino, entre outras, sessões didáticas, discussão interativa e *role-playing*, enquanto Buckman (2002) citando Buckman (1998) refere que com a utilização de vídeos e *CD-Roms* podem ser demonstradas as técnicas e estratégias a utilizar em situações complexas. Estes autores justificam a minha escolha relativamente à metodologia utilizada. Estiveram presentes cinco elementos, em que a totalidade considerou a sessão muito importante no que respeita à aquisição de conhecimentos e à reflexão relativamente a esta temática. Para avaliação de cada sessão, pelos seus

participantes, foram elaboradas quatro questões relacionadas com a importância da reunião no que respeita à aquisição de conhecimentos relativamente à temática e à reflexão relativamente à mesma, o que foi considerado mais importante na sessão e sugestões para a melhoria da mesma (Apêndice XVI). Na avaliação da sessão por parte dos colegas, como aspetos mais importantes foram identificados novamente a discussão, partilha e reflexão em equipa de casos práticos, o *role-playing* e o *brainstorming*, sendo sugeridas a continuação de utilização de situações de simulação e uma maior duração da sessão (2 horas). Face a estas sugestões, planeei recorrer, na sessão seguinte, a esta mesma metodologia, não sendo possível, de acordo com a organização do serviço, prolongar a duração da sessão.

A segunda sessão tinha como objetivo geral capacitar os presentes para a comunicação de más notícias ao doente neurooncológico e família, tendo a duração prevista de 65 minutos, tal como consta no Plano da Sessão (Apêndice XVII). Esta sessão teve a duração efetiva de 90 minutos devido à participação e partilha de experiências por parte dos intervenientes. Contou com o maior número de participantes, inclusivamente enfermeiros da Unidade Cérebro Vascular e do SU (que tomaram conhecimento da sessão e demonstraram vontade de participar), perfazendo um total de dez. Inicialmente, à semelhança da sessão prévia, recorreu-se ao *brainstorming* para explorar conceitos sobre má notícia e má notícia particularmente dirigida aos doentes internados no Serviço de Internamento de Neurocirurgia, sendo posteriormente apresentadas as definições de acordo com os autores, elaborando o paralelismo com o que foi sendo referido pelos colegas. Relativamente às más notícias direcionadas aos doentes internados no Serviço de Neurocirurgia, apresentei à equipa as que me fui apercebendo ao longo da minha prática profissional, acrescentando-as às más notícias que os presentes haviam partilhado. Posteriormente foi apresentado, de um modo mais expositivo, o Protocolo de Buckman, tendo sido realizado, seguidamente, um *role-playing* onde foi representada uma situação de comunicação de má notícia, seguindo as suas etapas. A sessão terminou com um momento reflexivo, em que foram apresentadas algumas questões relacionadas com situações práticas, que promoveram a reflexão da equipa e a partilha de experiências. Relativamente à avaliação da sessão, a maioria dos intervenientes (oito elementos) considerou-a muito importante para a

aquisição de conhecimentos, sendo que nove elementos consideraram a sessão muito importante para a reflexão relativamente à temática. A abordagem do tema, a partilha de experiências, a reflexão relativamente às próprias dificuldades e as sugestões de melhoria foram considerados alguns dos aspetos mais importantes. A participação de vários elementos de serviços diferentes, a exposição de casos reais e a utilização de metodologias ativas, como o *role-playing*, também foram sentidos como significativos. Como sugestões de melhoria da sessão, foi novamente salientada a duração da sessão (maior durabilidade) e a existência de mais formações e momentos de partilha sobre a temática com a equipa. Na realidade, ao longo da sessão de formação foi visível o interesse e participação dos intervenientes, promovendo a partilha de experiências, de situações e de dúvidas, o que contribuiu para o prolongamento da duração da sessão.

A última sessão de formação intitulou-se “Gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família”, tendo como objetivo geral capacitar os presentes para gerir más notícias ao doente neurooncológico e família. Para tal, foram previstos 66 minutos de duração, incluindo como conteúdos da sessão, a clarificação de conceitos como má notícia e gestão da mesma, bem como gestão/reflexão relativamente às reações do doente mais comuns à comunicação da má notícia e algumas reações da pessoa significativa e membros da família (anexo o planeamento da sessão em Apêndice XVIII). Como metodologia da sessão, foi utilizada a exposição e reflexão sobre os conteúdos, fazendo uma articulação com a prática, e o *role-playing*. Nesta sessão, estiveram presentes seis elementos, tendo sido necessário atrasar o início da mesma, de forma a ser possível a sua participação. Inicialmente foi apresentada a definição de má notícia e má notícia direcionada aos doentes internados no Serviço, tendo por base a sessão anterior. Seguidamente, de um modo expositivo foram apresentadas algumas reações mais comuns à comunicação de más notícias, sendo simultaneamente apresentadas algumas frases/questões que comumente são proferidas pelos doentes e quatro respostas-tipo, das quais os elementos presentes tinham que identificar como sendo a(s) mais correta(s), promovendo deste modo a reflexão relativamente à temática e a partilha de experiências. Foi realizado também *role-playing*, tendo em consideração as experiências sentidas como mais difíceis de solucionar pela equipa. Novamente

pude constatar interesse dos participantes, pela sua intervenção na sessão, bem como pela sua avaliação. A maioria (quatro elementos) considerou, no questionário de avaliação, a sessão como muito importante para a sua aquisição de conhecimentos, enquanto que cinco elementos a considerou muito importante para a reflexão relativamente à temática. Os aspetos considerados como mais importantes foram: a partilha de experiências, a interação com o grupo, a aplicação das situações/exemplos à prática, a reflexão relativamente à temática com o apoio de um autor e o *role-playing*.

Na generalidade, pela minha perceção e pela avaliação realizada pelos participantes, de um modo global as sessões de formação foram pertinentes para a aquisição de conhecimentos e reflexão relativamente à comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família. No entanto, nem toda a equipa foi abrangida, uma vez que esperava que um maior número de elementos participasse. Tal não foi possível, devido a contingências relacionadas com o Serviço, pelo que, se programasse novamente as sessões, e tendo em consideração as sugestões dos participantes, realizaria um ciclo de formação de nove horas, repartido em três sessões de três horas, com os conteúdos que abordei nas três sessões de formação que realizei. Repetiria este ciclo formativo duas ou três vezes, de forma a abranger toda a equipa. Saliente-se que na programação das sessões, após a realização da primeira sessão de formação e face às sugestões dos participantes, tentei reprogramar as seguintes, repensando horários. No entanto, face ao elevado número de horas de cuidados que eram necessários no período em que foi realizado o estágio, tal não foi possível. Considero pertinente evidenciar que a realização destas sessões de formação também me permitiu refletir face aos conteúdos abordados e à experiência e partilha de conhecimentos evidenciados pelos elementos presentes nas sessões. Isso possibilitou-me sistematizar as aprendizagens efetuadas ao longo do meu percurso e partilhá-las com a equipa de enfermagem onde me insiro. Partilhei os aspetos relacionados com o impacto da doença e do internamento no doente e família, nomeadamente aqueles que mais me marcaram no meu percurso e para os quais passei a estar mais atenta.

O facto de alguns enfermeiros me abordarem no serviço relativamente às sessões de formação, questionando relativamente aos seus conteúdos ou demonstrando tristeza pela sua indisponibilidade em estarem presentes, demonstrou interesse pela temática, sendo simultaneamente um bom indicador da importância do trabalho desenvolvido no âmbito deste projeto.

De forma a promover a reflexão e a aprendizagem dos enfermeiros relativamente à comunicação e gestão de más notícias, elaborei um *dossier*, para permanecer no serviço, com referências bibliográficas e artigos científicos considerados pertinentes, fornecendo à equipa o acesso à informação de um modo rápido e simples. Optei por dividir o *dossier* em dois capítulos (Apêndice XIX), o da formação contínua (onde se encontram as apresentações em Power Point® das sessões de formação) e o dos Artigos/Referências Bibliográficas (que subdividi em Comunicação; Comunicação de más notícias ao doente neurooncológico e família; Gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família; Outros).

Considerei também pertinente elaborar um *poster*, recorrendo ao *Microsoft Publisher®*, intitulado “Comunicação de más notícias – Protocolo de Buckman” (Apêndice XX), que foi posteriormente afixado na sala de enfermagem, de forma a constituir um elemento de consulta rápida para os enfermeiros, facilitando a assimilação e utilização do protocolo na prática diária.

Os elementos da equipa de enfermagem conversaram comigo, de um modo informal, com o intuito de esclarecer dúvidas relativamente à sua atuação em casos específicos, permitindo a partilha da minha experiência. Senti que a equipa já me considerava um recurso na área da comunicação e gestão de más notícias.

A elaboração do *dossier*, do *poster* e a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, constituíram um meio de promoção da reflexão, relativamente a esta temática, para os elementos que não estiveram presentes nas sessões de formação, pelo que penso que acabaram por as complementar.

De um modo global, considero que consegui promover a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem na comunicação e gestão de más notícias ao

doente neurooncológico e família, tendo desenvolvido, neste estágio, as seguintes competências: “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” (OE, 2010, p.3) e “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, “gere os cuidados, otimizando a resposta na equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar” (OE, 2010, p.4) e “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2010, p.4). Considero que também adquiri as competências “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2010), e “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011, p.2). Desenvolvi igualmente as competências “possibilita a expressão de preocupações e inquietações, responde adequadamente e reconhece a ansiedade, *stress* e depressão” (EONS, 2005, p.19), “avalia o impacto do cancro na saúde/estado de doença do doente e da família” (EONS, 2005, p.19) e “usa uma variedade de técnicas de comunicação para promover o bem-estar de uma pessoa com cancro” (EONS, 2005, p.18), bem como “refletir e avaliar criticamente a própria prática” (EONS, 2005, p.20).

## 4. LIMITAÇÕES

Na realização deste estágio, surgiram algumas limitações à concretização dos objetivos a que me propus, as quais serão descritas seguidamente.

Na UCINC, tal como referido anteriormente, pretendia acompanhar o percurso do doente neurooncológico ao qual presto cuidados e respetiva família, permitindo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área da comunicação e gestão de más notícias à família do doente neurooncológico. No entanto, não foi possível efetuar este acompanhamento, uma vez que no tempo em que foi realizado o estágio não estiveram internados neste serviço doentes neurooncológicos. Apesar de tal constituir uma limitação, tive, no entanto, oportunidade de gerir más notícias direcionadas à família do doente com doença aguda grave e inesperada, o que constituiu um momento pertinente na minha aprendizagem, tal como referi no subcapítulo 3.3., permitindo o desenvolvimento de competências na comunicação e gestão de más notícias.

No Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos, considerei que o facto de não ter experiência na prestação de cuidados constituiu uma dificuldade, uma vez que tinha um conhecimento deficitário relativamente à situação de doença, dificultando o esclarecimento de dúvidas e transmissão de informação.

No serviço onde exerço funções, o facto de não ser possível realizar ações de formação, com a presença de toda a equipa de enfermagem, constituiu um constrangimento, na medida em que não foi possível capacitar toda a equipa na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família, no internamento. A forma como tenho tentado colmatar esta limitação tem sido através das conversas individuais com os colegas que solicitam ajuda sobre esta temática. O tempo disponível para realização de cada sessão constituiu outro aspeto

limitativo, na medida em que os elementos que participaram nas sessões referiram que era necessário mais tempo para a reflexão sobre a prática.

Outro aspeto que considerei “limitativo” foi o facto de, apesar da extensa pesquisa bibliográfica que realizei, não encontrar trabalhos de investigação na área da comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família. No entanto, as leituras efetuadas sobre a comunicação e gestão de más notícias no geral e a prática experienciada com outros doentes e famílias, permitiram-me desenvolver competências que já utilizei na minha prática com o doente neurooncológico e família. Os resultados que obtive foram, aparentemente, positivos, tendo em conta o *feedback* verbal e não verbal do doente e sua família.

A literatura relativamente à comunicação de más notícias (em que incluem a gestão das mesmas) é sobretudo dirigida ao profissional médico e pouco orientada para a intervenção do enfermeiro. Esta limitação faz-me pensar que existe necessidade de aprofundamento destas temáticas no âmbito da investigação em enfermagem.

## 5. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Neste capítulo, serão abordados aspetos éticos relacionados com a temática que tem por base o estágio efetuado.

A comunicação constitui uma ferramenta fundamental, que “permite o acesso ao princípio da autonomia do doente, ao consentimento informado, à confiança mútua e à informação de que o doente e familiar necessitam para serem ajudados e para se ajudarem a si próprios” (Pereira, 2008, p.18). Também de acordo com a Carta dos Direitos do Doente Internado, o doente “tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde” (Direção-Geral da Saúde, s.d., p.6), a “dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto clínico ou participação em investigação ou ensino” (p.8) e “à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam” (p.9), pelo que é fundamental o respeito e consideração dos mesmos.

Como tal, o ato de informar deve assentar nos quatro princípios éticos fundamentais da bioética: princípios da beneficência, da autonomia, da não maleficência e da justiça, devendo os mesmos ser aplicados de acordo com a especificidade de determinada situação (Pires, 2001).

Assim, ao longo de todo o meu percurso, além de ter norteado o meu exercício nestes quatro princípios éticos fundamentais, segui o Código Deontológico do Enfermeiro, que assume como princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a responsabilidade inerente ao papel, o respeito pelos direitos humanos e a excelência no exercício da profissão e na relação com outros profissionais (Diário da Republica, 2009).

De modo a efetuar o diagnóstico das necessidades de formação dos enfermeiros, no que respeita a esta temática, foi efetuado um “Questionário de diagnóstico relativo à

comunicação com o doente neurooncológico e família”, para posterior formação sobre a temática, inserida em contexto de formação em serviço. Inicialmente solicitou-se o consentimento informado da chefe do serviço de internamento de Neurocirurgia e dos enfermeiros, sendo que em momento algum foram feitas perguntas ou referidos dados relativos aos doentes ou à instituição. O mesmo aconteceu com os questionários de avaliação das sessões de formação.

No que respeita à elaboração deste relatório, foram preservadas as identidades dos locais de estágio, bem como a dos respetivos intervenientes, tendo a informação relativamente aos mesmos sido reduzida à indispensável para a compreensão e justificação da situação.

De salientar também que, nos vários serviços onde realizei estágio, me apresentei aos doentes e família como estudante de especialidade, pedindo o consentimento informado para observar os cuidados e/ou prestar cuidados.

Assim, como futura enfermeira especialista, é premente ter em consideração estes mesmos aspetos éticos e legais, pelo que a realização deste estágio e elaboração do respetivo relatório, permitiu desenvolver a competência “desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” e “promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2010).

## **6. IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Neste capítulo serão explanadas as implicações da realização deste estágio e consequente relatório, no meu desenvolvimento pessoal e profissional e na minha prática, na atualidade e no futuro.

A realização deste estágio, bem como a elaboração deste mesmo relatório, permitiram, tal como referido previamente, a aquisição de competências de enfermeiro especialista, as quais pretendo desenvolver, no futuro, no exercício da minha prática profissional, no serviço onde desempenho atualmente funções.

A nível pessoal e profissional, permitiu-me um melhor conhecimento e compreensão do impacto da doença neurooncológica na vida do doente e família, bem como as reações à mesma, o que constituiu uma mais valia para a gestão das emoções dos doentes e famílias decorrentes da situação que estão a vivenciar. Desenvolvi, também, o meu conhecimento no que respeita a técnicas de comunicação necessárias para promover a adaptação do doente e respetiva família à sua situação de doença. Simultaneamente, o facto de realizar sessões de formação à equipa de enfermagem, promovendo a partilha de experiências relativamente a esta temática, permitiu que os profissionais refletissem sobre o modo como comunicam e gerem más notícias. As avaliações das sessões também foram consideradas positivas, não tendo sido possível avaliar uma mudança efetiva no comportamento dos profissionais (nem tal seria esperado). No entanto considero que o facto de a equipa me questionar informalmente, para esclarecimento de dúvidas, demonstra interesse e valorização da temática. Não tive oportunidade de observar a atuação de colegas relativamente à comunicação ou gestão de más notícias, pelo que não posso realizar outras ilações.

Tendo por base as competências adquiridas, e pretendendo ser um elemento de referência no serviço onde exerço funções, relativamente à comunicação e gestão

de más notícias, tenho intuito de dar seguimento a este projeto. Tenciono promover a melhoria da prestação de cuidados ao doente neurooncológico e família, promovendo a formação e a reflexão relativamente a incidentes da prática diária com a equipa de enfermagem. Pretendo também envolver a equipa multidisciplinar, salientando a importância de reuniões com a presença de um enfermeiro, aquando da comunicação da má notícia, de modo a haver uma maior perceção do que é comunicado ao doente e, simultaneamente, para que lhe seja prestado apoio efetivo. Tenciono sugerir a articulação com a equipa de enfermagem da UCINC, de modo a que seja minimizado o impacto da transição dos doentes e famílias entre estes dois serviços. Considero também importante a criação de um espaço temporal para partilha de sentimentos e discussão de experiências, por parte dos enfermeiros, em colaboração com a enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A nível do meu desempenho profissional, constato alterações na forma como me relaciono com os doentes e respetiva família. Tenho maior consciencialização da minha comunicação verbal e não verbal, comunicando e gerindo as más notícias seguindo as linhas orientadoras, mas tendo em conta as características individuais do doente e família, bem como minha experiência pessoal e profissional. No entanto, pretendo continuar a aprofundar o meu conhecimento relativamente a esta temática, através da minha prática profissional, da atualização/pesquisa bibliográfica, recorrendo a livros e artigos científicos presentes em bases de dados, bem como da presença em workshops/congressos relativos a esta temática. Através da formação contínua pretendo continuar a desenvolver técnicas de comunicação imprescindíveis na comunicação e essencialmente na gestão de más notícias, tendo como objetivo tornar-me perita na área.

## 7. CONCLUSÃO

A realização deste relatório de estágio permitiu a análise crítica relativamente à ação desenvolvida no decorrer do estágio, constituindo assim um momento de reflexão e consequente aprendizagem, uma vez que, tal como refere Schön (1992) citado por Barroso (2009), a competência consiste na mobilização do saber e do saber-fazer de acordo com a situação, sendo apenas possível com a reflexão na e sobre a ação.

Os locais de estágio selecionados constituíram importantes contributos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, promovendo verdadeiros momentos de aprendizagem, tendo a elaboração deste relatório contribuído para a análise crítica e sistematização dos mesmos. No que respeita às competências por mim propostas, considero tê-las adquirido, tendo desenvolvido uma prática profissional e ética, tendo em consideração o Código Deontológico do Enfermeiro, a Carta dos Direitos do Doente Internado e os quatro princípios fundamentais da bioética. No decurso do estágio no serviço onde exerço funções, desenvolvi a minha capacidade de gestão dos cuidados, estabelecendo uma relação terapêutica<sup>2</sup> com o doente neurooncológico e sua família. Avaliei o impacto da doença nos mesmos, promovendo a compreensão da situação, a expressão das preocupações e reconhecendo as emoções por eles demonstradas, através da utilização de técnicas de comunicação. Através de toda a aprendizagem adquirida em contexto de estágio, da pesquisa bibliográfica e da reflexão efetuada neste relatório, pude também desenvolver o autoconhecimento.

Considero também pertinente referir que consegui mobilizar a equipa de enfermagem do local onde exerço funções relativamente à temática da comunicação

---

<sup>2</sup> A relação terapêutica caracteriza-se pela “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. (...) desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2002, p.8).

e gestão de más notícias, promovendo a partilha de experiências e a reflexão, o que constituiu um aspeto importante da implementação do meu projeto.

Tendo em consideração Benner (2001), referida no início deste relatório, pretendia atingir o estado compreendido entre o proficiente e o perito, pretendendo centralizar-me no problema baseando-me em situações previamente vivenciadas e refletindo relativamente às mesmas, de modo a melhorar o processo de decisão. Pretendia melhorar a compreensão relativamente à situação e documentar a minha experiência, de forma a estudar e desenvolver os meus conhecimentos, com objetivo de me tornar enfermeira de referência na área. Considero que me encontro, atualmente, nesse mesmo estado, uma vez que existem ainda situações nas quais não ajo de um modo intuitivo, mas sim ponderando e refletindo a minha intervenção, pelo que considero que tenho um percurso pela frente, para atingir o estado de perito.

Outro dos aspetos que quero salientar é o facto de verificar, tendo em conta a pesquisa efetuada, que a investigação na área da comunicação e gestão de más notícias pelo enfermeiro ao doente neurooncológico e família, tem sido pouco explorada, pelo que considero ser uma área promissora na investigação em enfermagem.

Concluindo, pretendo continuar a desenvolver competências de enfermeiro especialista, com o intuito de melhorar a minha prestação de cuidados, bem como promover a melhoria dos cuidados da equipa em que me insiro.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*. 6, 54-59.
- Baile, W. & Beale, E. (2001). Giving Bad News to Cancer Patients: Matching Process and Content. *Journal of Clinical Oncology*. 19 (9), 2575-2577.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. Acedido em 10-10-2012. Disponível em: <http://www.TheOncologist.com/cgi/content/full/5/4/302>
- Barclay, J. S., Blackhall, L. J. & Tulsky, J. A. (2007). Communication Strategies and Cultural Issues in the delivery of bad news. *Journal of Palliative Medicine*. 10(4), 958-977.
- Barroso, I. M. A. R. C. (2009). *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem: estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes*. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação. Porto
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599. Acedido em 01-03-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. United Kingdom: Pan Books
- Buckman, R. (2002). Communications and emotions: Skills and effort are key. *BMJ*, 325, 672. Acedido em: 16-01-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124207/>

- Carrapa, A. S. G. C. N. (2010). *Comunicar Más Notícias em Pediatria*. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação. Lisboa.
- Carvalho, C. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 87-96. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v01/pdf/revisao\\_7\\_pag\\_97a\\_102 . pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a_102.pdf)
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*, 13(3), 220-227. DOI:10.4013/edu.2009.133.104
- Choate, K. & Stewart, M. (2002). Reducing anxiety in patients and families discharged from ICU. *Australian Nursing Journal*. 10(5), 29
- Conselho de Enfermagem (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (2013). Gestão (§§1). Acedido em 12-3-2013. Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/gest%C3%A3o>
- Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (2013). Gerir (§§2 e §§4) Acedido em 12-3-2013. Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/gerir>
- Direcção-Geral da Saúde. *Carta dos Direitos do Doente Internado*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Durá, E. (1998). Aspectos psicosociales de la informacion al paciente con cancer. *Enfermagem Oncológica*. 5, 22-33.
- Lei nº 111/2009 de 16 de setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril. *Diário da República I Série*, Nº. 180 (16-09-2009), 6528-6550
- Eng, T., Yaakup, H., Shah, S., Jaffar, A. & Omar, K. (2012). Preferences of Malaysian Cancer Patients in Communication of Bad News. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 2749-2752.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.6.2749>.

EONS (2005). Post-basic Curriculum in Cancer Nursing. Acedido em 18-07-2012.

Disponível em: <http://www.cancernurse.eu>

Fallowfield, L., Ford, S. & Lewis, S. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psycho-oncology*, 4, 197-202.

Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363, 312-319.

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. & Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 359, 650-656. Acedido em 15-01-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bf27526a-80af-466d-ada3-1ae5fd019b40%40sessionmgr113&vid=2&hid=103>

Faulkner, A. (1998). *When the news is bad. A guide for health professionals*. United Kingdom: Stanley Thornes

Favero, L., Meier, M., Lacerda, M., Mazza, V. & Kalinowski, L. (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 213-218. Acedido em 31-03-2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0103-21002009000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-21002009000200016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Fox, S. & Lantz, C. (1998). The brain tumor experience and quality of life: a qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(4), 245-252. Acedido em 15-01-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9791779>

Fujimori, M., Parker, P., Akechi, T., Sakano, Y., Baile, W. & Uchitomi, Y. (2006). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psycho-Oncology*, 16, 617-625.

DOI: 10.1002/pon.1102

Gameiro, M. H. (1999). *O Sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Garcia, I., Wax, P. & Chwartzmann, F. (1996). Aspectos Psicossociais do Paciente com Câncer. In: Murad, A. M. & Katz, A. *Oncologia. Bases Clínicas do Tratamento*. p. (125-131).Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gonçalves, F., Marques, A., Rocha, S., Leitão, P., Mesquita, T. & Moutinho, S. (2005). Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, 19, 526-531. Acedido em 15-01-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16295284>
- International Agency for Research on Cancer (2010). *Globocan 2008 - Portugal*. Disponível a 12 de outubro de 2012 em <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
- International Agency for Research on Cancer (2010). *Section of Cancer Information*.Disponível a 12 de outubro de 2012 em <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
- Jackson, V. A. & Back, A. L. (2011) Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators. *Journal of Palliative Medicine*, 14 (6), 775-780  
DOI: 10.1089/jpm.2010.0493
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice*. United Kingdom: Nelson Thornes
- Khalili, Y. (2007) Ongoing transitions: The impact of a malignant brain tumour on patient and family. *AXON*, 28(3), 5-13. Acedido em 17-01-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a10dabd-466e-4454-9774-085ebff82c9c%40sessionmgr14&vid=2&hid=12>
- Kim, M. & Alvi, A. (1999). Breaking the Bad News of Cancer: the Patient's Perspective. *The Laryngoscopy*. 109, 1064-1067.
- Koizumi, M. & Diccini, S. (2007) *Enfermagem em Neurociência. Fundamentos para a prática clínica*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Kubler- Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. Brasil: Martins Fontes Editora
- Lepola, I., Toljani, M., Aho, R. & Louet, T. (2001). Being a Brain Tumor Patient: A Descriptive Study of Patients' Experiences. *Journal of Neuroscience Nursing*,

33(3), 143-147. Acedido em 13-02-2013. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413659>

Levetown, M. (2008). Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5). e1441-e1460.

DOI:10.1542/peds.2008-0565

Lopes, A. (2008). Prefácio. In: Pereira, M. A.. *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. (p.11-15). Coimbra: Formasau.

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K. & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News. Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174. Acedido em 13-02-2013. Disponível em:  
[http://www.nursingcenter.com/prodev/ce\\_article.asp?tid=1014723](http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=1014723)

Mathias, J., Zagonel, I. & Lacerda, M. (2006). Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paulista de Enfermagem* 19(3), 332-337. Acedido em 31-03-2014. Disponível em  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300013)

Matos, P. & Pereira, M. (2005). Áreas de Intervenção na doença Oncológica. In: Pereira, M. & Lopes, C. *O doente oncológico e a sua família*. 2ª Edição. (p.15-25).Lisboa: Climepsi.

Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência

Mills, M. & Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 631-642. Acedido em 5-10-2012. Disponível em:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dbdf891b-a312-4e72-813a-597eced0d9e8%40sessionmgr113&vid=2&hid=117>

Ministério da Saúde (2009). *Plano nacional de prevenção e controle das doenças oncológicas 2007/2010: programa de desenvolvimento*. (s.l.). (s.n.).

- Mitchell, M., Courtney, M. & Coyer, F. (2003) Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*. 5, 207-217
- Morrissey, M. (1997). Extending the Theory of Awareness Contexts by Examining the Ethical Issues Faced by Nurses in Terminal Care. *Nursing Ethic*,. 4(5), 370-379. Acedido em 4-4-2013. Disponível em: <http://nej.sagepub.com/content/4/5/370>
- Mueller, P. S. (2002). Breaking bad news to patients: The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate medicine*. 112(3), 15-18
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Acedido em 12-10-2012. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa. Acedido em 12-10-2012. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_Regulamento\\_RegulamentoCEESituacaoCroni.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_Regulamento_RegulamentoCEESituacaoCroni.pdf)
- Pais Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 14(1), 33-37.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, F. L., Ferreira, J. S., Real, M. V., Mesquita, N. F. & Maia-Gonçalves, J. P. (1999). Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. *Support Care Cancer*, 7(6), 407-412. Acedido em 4-4-2013.

Disponível em: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs005200050301.pdf>

Pires, A. M. L. (2001). Cuidar em fim-de-vida: aspectos éticos. *Caderno de Bioética*. (25), 85-94.

Ptacek, J. T. & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *Jama*. 276(6), 496-502.

Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2010). Comunicação. In: Barbosa, A. & Neto, I. G (autores). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (p.461-486). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Quill, T. E., Arnold, R. M. e Platt, F. (2001). "I wish things were different": expressing wishes in response to loss, futility and unrealistic hopes. *Annals of Internal Medicine*, 135 (7), 551-555. Acedido em 12-11-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578166>.

Riley, B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência

Rosário, E. M. O. C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde. Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Lisboa. Universidade Aberta. Dissertação. Lisboa

Rutledge, D. (2004). What Strategies Are Nurses Using to Overcome Communication Barriers?. *The official Newsletter of the Oncology Nursing Society*, 19(9), 3-6. Acedido em 11-11-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6e4d069d-0b10-4501-8e3c-ebd84a745d4d%40sessionmgr14&vid=2&hid=9>

Sancho, M. G. (1998) *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 2ª edição Madrid: Arán Editores

Trincão, V. (2009). *Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. Dissertação. Lisboa

- Valentine, A. D., Passik, S. D. & Massie, M. J. (2002). Psychiatric and Psychosocial Issues. In Levin. *Cancer in the nervous system*. (p 572-590). New York: Oxford University Press
- Vecht, C. J. (2006). Tumores do Sistema Nervoso Central. In: Pollock, R. E., Doroshov, J. H., Khayat, D., Nakao, A. & O'Sullivan, B. *UICC Manual de Oncologia Clínica da UICC*. 8ª Edição. (p.633-650). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Veríssimo, D. S. (2005). *A pessoa com tumor cerebral e seus familiares em grupo de sala de espera: investigação da experiência vivida*. Ribeirão Preto, São Paulo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Dissertação. Ribeirão Preto, São Paulo.
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-1555. Acedido em 01-02-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6b108f9-bbe9-4177-a1ad-95fab92136cf%40sessionmgr10&vid=2&hid=12>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/*caritas processes* as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 129-135. Acedido em 31/03/2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016)
- Watson, J. (2013). Theory of Human Caring. Acedido em 31-03-2014. Disponível em [http://watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF%20HUMAN%20CARING\\_Website.pdf](http://watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF%20HUMAN%20CARING_Website.pdf)
- Watson Caring Science Institute (2010). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science. Acedido em 31-03-2014. Disponível em

<http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>

Wideheim, A., Edvardsson, T., Pahlson, A. & Ahlström, G. (2002). A Family's Perspective on Living With a Highly Malignant Brain Tumor. *Cancer Nursing*, 25(3), 236-244

Williams, M. L. (2002). Breaking bad news to patients and relatives. *BMJ*. 325 (11).

DOI:10.1136/bmj.325.7355.s11

World Health Organization (WHO) (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2ª Edição. Geneva: Health & Development Networks. Acedido em 12 de outubro de 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf>

## APÊNDICES

**Apêndice I: “Questionário de diagnóstico relativo à comunicação com o doente  
neurooncológico e família”**

# **Questionário diagnóstico relativo à Comunicação com o doente neurooncológico e família**

No âmbito do 3º Curso de Mestrado e Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Vertente Enfermagem Oncológica, pretendo conhecer as dificuldades sentidas pela Equipa de Enfermagem, no exercício da sua atividade profissional, no que respeita à Comunicação com o doente neurooncológico e respetiva família, bem como avaliar as necessidades formativas neste âmbito, com conseqüente esclarecimento de estratégias consideradas pertinentes para o desenvolvimento de competências.

Pretende-se que o seu preenchimento seja efetuado com uma cruz, e que nas questões de resposta múltipla sejam selecionadas uma ou mais respostas consideradas corretas.

**1. No exercício da sua profissão, sente dificuldade no estabelecimento de uma comunicação verbal com o doente neurooncológico e família?**

1.1 Não

1.2 Sim

1.2.1 Porquê?

1.2.1.1 Porque não sei o que dizer

1.2.1.2 Porque não sei como o dizer

1.2.1.3 Outros

---

---

---

**2. No exercício da sua profissão, sente dificuldade no estabelecimento de uma comunicação não verbal com o doente neurooncológico e família?**

2.1 Não

2.2 Sim

2.2.1 Porquê?

2.2.1.1 Porque sinto que nem sempre o meu verbal e não verbal são coerentes

2.2.1.2 Porque não sei o que fazer

2.2.1.3 Outros

---

---

---

**3. No exercício da sua profissão, sente dificuldade na comunicação de más notícias ao doente e família?**

3.1 Não

3.2 Sim

3.2.1 Porquê?

3.2.1.1 Porque não sei o que dizer

3.2.1.2 Porque não sei como o dizer

3.2.1.3 Outros

---

---

---

**4. Gostava de desenvolver competências neste âmbito?**

4.1 Não

4.1.1 Porquê?

4.1.1.1 Porque não considero importante na minha prática

4.1.1.2 Porque tenho formação

4.1.1.3 Porque considero que tenho competências necessárias

4.1.1.4 Outros

---

---

---

4.2 Sim

4.2.1 Porquê?

4.2.1.1 Porque considero importante na minha prática

4.2.1.2 Porque não tenho formação

4.2.1.3 Porque considero que não tenho competências necessárias

4.2.1.4 Outros

---

---

---

**5. Quais as estratégias que considera adequadas no desenvolvimento de competências nesta área?**

5.1 Formação teórica

5.2 Formação teórico-prática

5.3 Discussão com pares

5.4 Role playing

5.5 Outros

---

---

---

**6. Que situações sobre comunicação gostaria de discutir em equipa?**

---

---

---

---

---

**Obrigada pela colaboração!**

**Laura Magalhães**

**Apêndice II: “Bibliografia consultada durante o estágio”**

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA DURANTE O ESTÁGIO

### CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DA MAMA

- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with cancer. *The Oncologist*, 302-311. Acedido em 06-10-2012. Disponível em: <http://www.TheOncologist.com/cgi/content/full/5/4/302>
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599. Acedido em 06-10-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, M. A. G. (2005). Má notícia em Saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 14(1), 33-37.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2010). Comunicação. In: Barbosa, A. & Neto, I. G (autores). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (p.461-486). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Sancho, M. G. (1998) *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 2ª edição Madrid: Arán Editores
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking bad news. *American Family Physician*. 64(12), 1975-1978.

## UCINC

- Barclay, J. S., Blackhall, L. J. e Tulsky, J. A. (2007). Communication Strategies and Cultural Issues in the delivery of bad news. *Journal of Palliative Medicine*. 10(4), 958-977.
- Choate, K. & Stewart, M. (2002). Reducing anxiety in patients and families discharged from ICU. *Australian Nursing Journal*. 10(5), 29
- Mitchell, M. L., Courtney, M. & Coyer, F. (2003) Understanding uncertainty and minimizing families' anxiety at the time of transfer from intensive care. *Nursing and Health Sciences*. 5, 207-217
- Mueller, P. S. (2002). Breaking bad news to patients: The SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate medicine*. 112(3), 15-18
- Quill, T. E., Arnold, R. M. e Platt, F. (2001). "I wish things were different": expressing wishes in response to loss, futility and unrealistic hopes. *Annals of Internal Medicine*, 135 (7), 551-555. Acedido em 12-11-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11578166>.
- Rosário, E. M. O. C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde. Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Lisboa. Universidade Aberta. Dissertação. Lisboa
- Veríssimo, D. S. (2005). *A pessoa com tumor cerebral e seus familiares em grupo de sala de espera: investigação da experiência vivida*. Ribeirão Preto, São Paulo. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Dissertação. Ribeirão Preto, São Paulo.

## SERVIÇO DE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS

- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A. & Flyer-Edwards, K. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164-177. Acedido em 25-11-2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.55.3.164/pdf>

- Baile, W. & Beale, E. (2001). Giving Bad News to Cancer Patients: Matching Process and Content. *Journal of Clinical Oncology*. 19 (9), 2575-2577.
- Brewin, T. B. (1991). Three ways of giving bad news. *The Lancet*, 337 (8751), 1207-1210. Acedido em 25-11-2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=2c7f4cd7-0974-470e-99cb-516898a2fe79%40sessionmgr12&vid=1&hid=12&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=nyh&AN=9107150014>
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. United Kingdom: Pan Books
- Faulkner, A. (1998). Communication with patients, families, and other professionals. *BMJ*. 316, 130-132. Acedido em 25-11-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2665378/>
- Faulkner, A. (1998). *When the news is bad. A guide for health professionals*. United Kingdom: Stanley Thornes
- Rabow, M. W. & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: Helping patients who suffer. *The Western Journal of Medicine*. 171, 260-263.
- Sancho, M. G. (1998) *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 2ª edição Madrid: Arán Editores
- Williams, M. L. (2002). Breaking bad news to patients and relatives. *BMJ*. 325 (11).

## **SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEUROCIRURGIA**

- Buckman, R. (2002). Communications and emotions. Skills and effort are key. *BMJ*, 325, 672. Acedido em: 16-01-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124207/>
- Fox, S. W. & Lantz, C. D. (1998). The brain tumor experience and quality of life: a qualitative study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 30(4), 245-252. Acedido em: 16-01-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9791779>

- Jones, S. (2012). Brain tumours and cancer: insights as a parent and a nurse. *Nursing children and young people*. 24(7), 14-17.
- Khalili, Y. (2007) Ongoing transitions: The impact of a malignant brain tumour on patient and family. *AXON*, 28(3), 5-13. Acedido em 17-01-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2a10dabd-466e-4454-9774-085ebff82c9c%40sessionmgr14&vid=2&hid=12>
- Kubler-Ross, E. (1979). *Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer*. Brasil: Martins Fontes Editora
- Lepola, I., Toljamo, M., Aho, R. & Louet, T. (2001). Being a Brain Tumor Patient: A Descriptive Study of Patients' Experiences. *Journal of Neuroscience Nursing Publisher*, 33(3), 143-147. Acedido em 13-02-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413659>
- Riley, Balzer (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência
- Trincão, Virgínia. (2009). Comunicação intrafamiliar sobre o final de vida e a morte. Mestrado de Cuidados Paliativos (3ª Edição). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Universidade de Lisboa. Lisboa
- Valentine, A. D., Passik, S. D. & Massie, M. J. (2002). Psychiatric and Psychosocial Issues. In Levin. *Cancer in the nervous system*. (p 572-590). New York: Oxford University Press
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-1555. Acedido em 01-02-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6b108f9-bbe9-4177-a1ad-95fab92136cf%40sessionmgr10&vid=2&hid=12>

**Apêndice III: “Reflexão – Consulta Multidisciplinar da Mama”**

## **REFLEXÃO - CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DA MAMA**

A situação de aprendizagem está relacionada com um evento decorrido durante o estágio, na Consulta Multidisciplinar da Mama, dizendo respeito à comunicação, por parte do médico, de um diagnóstico de recidiva de carcinoma do mamilo a uma doente que tinha sido submetida a radioterapia, devido à mesma patologia, há 38 anos.

Previamente foram realizados exames complementares de diagnóstico e uma consulta de avaliação inicial de enfermagem (sem a minha presença em estágio), pelo que a consulta para comunicação do diagnóstico foi planeada, sendo solicitada a presença da psicóloga, para acompanhamento posterior.

O espaço físico utilizado foi uma sala de consultório, sendo providenciada privacidade. Após saudar a doente, com um cumprimento de mão, apresentando uma postura corporal recetiva, com o tronco ligeiramente inclinado e expressão afetuosa, recorrendo a um tom de voz calmo, o médico convidou a mesma a sentar-se, questionando como se sentia. Seguidamente, o profissional de saúde comunicou que infelizmente a notícia que tinha para lhe dar não era boa, referindo que os exames complementares de diagnóstico tinham demonstrado a recidiva do tumor, tendo tido a preocupação de ajustar a terminologia utilizada à doente, fazendo a comparação entre a situação ocorrida há 38 anos e a atual, de modo a favorecer a compreensão da mesma. À medida que ia recebendo esta informação, a doente adotou um fâcies de apreensão (com a testa franzida, olhar triste, postura aparentemente tensa), pelo que o profissional de saúde recorreu ao toque, aproximando-se mais da mesma (através de uma maior inclinação do tronco). Progressivamente a doente chorou, pelo que lhe foram fornecidos lenços de papel, pela psicóloga, e lhe foi questionado, pelo médico, como se sentia. Nessa altura, a

enfermeira aproximou-se da doente, ficando sentada ao nível da mesma, inclinou ligeiramente o tronco para a frente e recorreu ao toque, demonstrando disponibilidade. A mesma respondeu que tinha medo de morrer, que não estava à espera desta situação, pelo que foi demonstrada, por parte do médico, disponibilidade para a apoiar e explicado o tratamento proposto. Seguidamente foi-lhe facultado o apoio pela psicóloga, tendo a doente aceite. Após um breve resumo da situação, foi-lhe também questionado se teria mais alguma questão que quisesse colocar, o que a doente negou. Foi-lhe apresentada, então, a restante equipa de enfermagem, que demonstrou disponibilidade para a apoiar, fornecendo também os seus contactos. Por último, teve um acompanhamento mais preciso pela psicóloga, sendo encaminhada para o seu gabinete.

Assim, ao presenciar este evento, senti uma panóplia de pensamentos e sentimentos. Associei esta situação a algumas já experienciadas por mim enquanto profissional de saúde, no que respeita ao lidar com a resposta emocional do doente face à comunicação de uma má notícia, pelo que mentalmente estabeleci a “ponte” entre a situação que estava a vivenciar e as minhas experiências prévias. Durante a observação deste evento ia também seguindo mentalmente os passos do Protocolo de Buckman e constatando a sua aplicação/adaptação em circunstâncias práticas, o que facilitou o aprofundamento do meu conhecimento relativamente a este âmbito. Face a este evento, senti algum desconforto, uma vez que a doente manifestava tristeza face à comunicação do diagnóstico, não sendo fácil para mim presenciar esta situação tendo por base o impacto do mesmo na vida da pessoa, pelo que me senti impotente face à situação. Pensei igualmente o quão difícil deveria ser para a doente ouvir esta má notícia e também a pertinência de uma intervenção adequada nesta situação, fazendo cada vez mais sentido o aprofundamento de questões relacionadas com a comunicação e gestão de más notícias.

O facto de ter oportunidade de assistir a esta situação permitiu observar mais pormenorizadamente a comunicação verbal e não-verbal de ambos os intervenientes, numa situação tão complexa como a comunicação de más notícias, o que constituiu numa mais valia para a minha aprendizagem.

Assim, refletindo relativamente aos seis passos do Protocolo de Buckman e à situação que tive oportunidade de presenciar, o facto de ter sido providenciada privacidade, de a doente ter sido convidada a sentar-se de forma a sentir-se mais confortável e de ter sido mantido o contacto visual, constituiu a preparação para a entrevista, tal como Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale e Kudelka (2000) referem. Uma vez que a doente se dirigiu à consulta sozinha, não foi possível averiguar o desejo da presença de uma pessoa significativa aquando da comunicação do diagnóstico. Por outro lado, o facto do profissional de saúde demonstrar uma atitude recetiva, transmite à doente que o mesmo se encontra disponível. Saliente-se que questionar o doente face ao modo como se sente, permite avaliar as condições físicas e mentais para a comunicação da má notícia (Buckman, 1992), o que é fundamental para a implementação do protocolo.

O segundo passo do protocolo de Buckman consiste na avaliação da perceção da doente, em que são efetuadas questões abertas, de modo a compreender o conhecimento que a mesma possui face à situação e comunicar a má notícia de modo a que a mesma seja compreendida (Baile, Buckman, Lenzi, Globber, Beale e Kudelka, 2000). O terceiro passo consiste em perceber qual a informação que a doente pretende receber, assim como a forma como a mesma pretende que esta lhe seja transmitida, sendo que o quarto consiste em dar “tiro de aviso” e posteriormente transmitir informação de um modo faseado e avaliando a compreensão (Buckman, 1992). Na situação que presenciei, o profissional adaptou estes passos do Protocolo de Buckman, tendo primeiramente comunicado que infelizmente a notícia que tinha para lhe dar não era boa (constitui o “tiro de aviso”), e, seguidamente, transmitido a má notícia, sendo estabelecido o paralelismo com a situação vivenciada previamente. Nesta situação, tendo em consideração que a doente já havia passado por uma situação de oncologia, não foi avaliada a perceção da doença previamente, sendo a mesma efetuada à medida que a informação era transmitida. No entanto, parece-me que seria adequado averiguar esta mesma perceção previamente, uma vez que a situação de oncologia vivenciada era muito antiga.

Simultaneamente foi focalizada a atenção na comunicação verbal e não verbal da doente, sendo identificada a emoção presente e realizadas intervenções em

resposta à mesma, agindo interdisciplinarmente (médico recorreu ao toque e aproximação da doente através da inclinação do tronco; a psicóloga, quando a senhora começou a chorar forneceu lenços de papel e a enfermeira, nessa altura, aproximou-se da doente e sentou-se ao lado dela, recorrendo ao toque, enquanto que o médico questionou a senhora face aos sentimentos, permitindo a sua expressão e intervindo face aos mesmos).

Posteriormente, seguiu-se o último passo, que consiste na elaboração de um plano de intervenção (Buckman, 1992), pelo que foi proposto o tratamento, efetuado o resumo da situação e demonstrada disponibilidade para o que fosse necessário, dentro das possibilidades da equipa. Seguidamente foi-lhe facultado o apoio pela psicóloga, tendo a doente aceite, o que permite o acompanhamento mais especializado da doente ao longo do percurso da doença. A disponibilidade demonstrada pela equipa de enfermagem é premente, uma vez que, após a cirurgia e alta do internamento, o seguimento da doente é efetuado nas consultas, sendo, nessa mesma altura, o papel das enfermeiras fundamental na gestão das emoções.

Assim, deste modo, este evento permitiu a minha reflexão face à comunicação de má notícia, facilitando a minha intervenção numa futura situação, sendo importante ter verificado uma adaptação do protocolo. Tive também oportunidade de estar mais atenta à comunicação não verbal dos intervenientes, o que possibilitou a minha consciencialização face ao papel do profissional de saúde na comunicação da má notícia (e também a sua gestão, uma vez que é já nesta fase que é iniciada a gestão da emoção) e a minha autoconsciencialização relativamente à comunicação não verbal (que é de mais difícil controlo).

### **Referências Bibliográficas:**

Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with cancer. *The Oncologist*, 302-311. Acedido em 10-10-2012. Disponível em: <http://www.TheOncologist.com/cgi/content/full/5/4/302>

Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals.* United Kingdom: Pan Books

**Apêndice IV: “Reflexão – UCINC”**

## **REFLEXÃO – UCINC**

O evento alvo de reflexão encontra-se relacionado com uma situação que diz respeito a uma familiar de um doente que havia dado entrada no serviço, proveniente do SU, com o diagnóstico de hemorragia do tronco cerebral, sendo a primeira vez que a familiar visitava o doente após a admissão.

O doente encontrava-se em estado grave, entubado orotraquealmente e ventilado, num coma profundo, pelo que a familiar estabelecia contacto com ele através da linguagem verbal e do toque. A familiar apresentava um olhar triste, ombros descaídos, um ritmo de discurso lento, demonstrando tristeza.

Observei esta situação dentro da sala, mas distante, tendo como objetivo respeitar a privacidade da mesma e estando atenta para a necessidade de intervir. Assim, após esta situação, a familiar dirigiu-se a mim e questionou-me face à situação do doente. Estávamos no meio da sala, no entanto, a privacidade manteve-se, uma vez que não se encontrava mais nenhum familiar presente. Aproximei-me, inclinei ligeiramente o tronco e ficámos ambas em pé, mantendo o contacto visual. Tentei demonstrar empatia e descruzar os braços, no sentido de demonstrar disponibilidade.

Inicialmente questionei a familiar relativamente ao seu conhecimento no que diz respeito à situação do doente, sendo que a familiar havia estado presente na véspera, tendo a noção da patologia e da gravidade da situação, referindo-me que lhe tinham dito, à entrada no SU, que era pouco provável que o doente sobrevivesse. Posteriormente, referi que infelizmente não tinha boas notícias para lhe dar, que a situação se mantinha igual ao dia anterior, encontrando-se num estado de coma profundo e conectado ao ventilador. Questionou-me então relativamente à situação de coma, se reagia, se a situação era muito grave. Uma

vez que considerei que algumas questões eram do foro médico, explicitiei-lhe o que era considerado estado de coma, em que estado o doente se encontrava e encaminhei-a posteriormente ao médico assistente, para esclarecimento mais aprofundado da situação.

No dia seguinte, voltou a visitar o doente, sendo que a situação se havia agravado, com degradação do estado neurológico e instabilidade hemodinâmica. Questionou-me novamente relativamente à situação, apresentando-se triste, com os olhos rasos de lágrimas. Referi novamente que infelizmente não tinha boas notícias para lhe dar, fornecendo-lhe a informação relativamente ao estado neurológico. Nesta situação procurei estabelecer uma comunicação eficaz, recorrendo à honestidade, disponibilidade, escuta ativa e utilização de uma postura e linguagem corporal adequadas. Face ao que referi, a familiar mencionou que tinha esperança que a situação se resolvesse, que ele era novo, ainda tinha dois filhos para cuidar. Referiu-me entretanto o contexto familiar em que o mesmo vivia, afirmando que tinha esperança que ficasse melhor. Face a esta situação, pensei que a familiar se encontrava em descrença, o que constitui a primeira reação à comunicação da má notícia (Buckman, 1992). Assim, referi que a situação se mantinha grave, que deveria ser complicado aceitar a doença que tinha acontecido tão subitamente, pelo que ela me respondeu que sim, explicitando-me o episódio de urgência e referindo que nunca esperava que tal lhe viesse a acontecer. Questionou então a presença do médico assistente, tendo sido encaminhada para o mesmo, para esclarecimento da situação.

Durante este evento senti-me impotente face à resposta emocional da familiar, uma vez que tinha conhecimento que a situação era grave e que não tinha ainda competências suficientes para a apoiar da melhor forma. Além disso, a patologia ocorreu de um modo súbito, o que contribuiu, na minha opinião, para uma maior dificuldade na aceitação da doença e, conseqüentemente, maior dificuldade na gestão desta mesma situação.

Analisando, assim, a minha intervenção face a este evento, posso afirmar que a observação da linguagem verbal e não verbal da familiar permitiu não só a identificação da emoção presente na mesma, como a adequação da minha

linguagem, de forma a facilitar a compreensão da informação transmitida. No entanto, deveria ter realizado, posteriormente, essa mesma avaliação, bem como a avaliação da informação que me foi transmitida pela familiar, de forma a ter a certeza que a compreendi.

Segundo Buckman (1992), a privacidade é fundamental, pelo que, apesar de não existir na sala mais nenhum familiar, nada me garantia que tal não acontecesse a qualquer momento, o que iria comprometer esta mesma privacidade, ainda mais pelo facto de a mesma se encontrar a chorar e da informação (por ela e por mim) transmitida ser do foro íntimo e particular. Assim, deveria ter sido garantida a privacidade, pelo que deveria ter encaminhado a mesma para uma sala em que a privacidade não fosse posta em causa. Apesar de ter mantido o contacto visual, deveria ter-me sentado e providenciado uma cadeira para a familiar, demonstrando assim disponibilidade para escuta (Buckman, 1992), em detrimento de permanecer em pé. Ao questionar relativamente ao conhecimento que a familiar possuía no que respeita à patologia, pretendia entender a sua perceção face à doença e, simultaneamente, identificar a fase de adaptação em que a mesma se encontrava, tal como Buckman (1992) refere. Seguidamente deveria ter também questionado se a mesma pretendia ter conhecimento da situação de um modo aprofundado ou mais global, tal como refere Buckman (1992), para posteriormente dar o “tiro de aviso” que proferi quando afirmei que infelizmente não tinha boas notícias para lhe dar, preparando-a para a situação que se seguia. Quando me questionou face à situação de coma, se o doente reagia, deveria, após ter esclarecido as suas dúvidas, ter transmitido uma resposta empática, identificando a emoção (descrença) e, posteriormente, promovendo a partilha de sentimentos, utilizando uma questão semelhante à que realizei no dia seguinte. Deveria também ter demonstrado disponibilidade para prestar o apoio que fosse necessário, dentro da minha possibilidade.

No que respeita ao dia seguinte, penso que se encontra demonstrada a descrença face à situação de doença do familiar, uma vez que a mesma tinha consciência que a situação era grave, mas, simultaneamente, persistia a esperança de que o doente ficasse bem, quase que “esperando um milagre”. Tendo em consideração que a

doença do familiar é recente, não considerei que esta situação fosse patológica, mas sim uma fase do processo de adaptação à doença. Considero positiva a minha intervenção quando referi que deveria ser complicado aceitar a doença que tinha acontecido tão subitamente, uma vez que tal permitiu a expressão de sentimentos, demonstrando, simultaneamente, empatia.

De um modo global, considero que a minha tomada de decisão foi baseada essencialmente na pesquisa bibliográfica relativamente a esta temática, bem como em experiências profissionais prévias e nas aprendizagens feitas no estágio realizado na Consulta Multidisciplinar da Mama, apesar de não ser comum lidar, na minha prática diária, com situações de doença numa fase tão aguda. Nesta situação não foi possível ter um conhecimento aprofundado do impacto da minha atuação na familiar do doente, uma vez que a mesma não teceu qualquer apreciação, além de que o tempo disponível para a comunicação era curto (a familiar não permanecia muito tempo na sala).

Considero também que a família do doente internado numa UCI necessita de cuidados específicos a esta mesma situação, pelo que, de acordo com Rosário (2009), a informação constitui uma das necessidades dominantes da mesma. A autora afirma ainda que esta informação relativamente ao estado do doente e sua evolução deve ser honesta, sendo este conhecimento primordial para a tomada de consciência da situação e adaptação à mesma, o que constituiu um aspeto positivo da minha intervenção.

Assim, de um modo global, considero que esta experiência me foi bastante útil no desenvolvimento de competências relacionadas com a comunicação e gestão da má notícia à família e à gestão da descrença da família face à gravidade da situação do doente. De um modo indireto também me foi possível desenvolver competências na comunicação de más notícias, uma vez que o agravamento do estado do doente constituiu uma má notícia para a familiar, tendo-me permitido refletir relativamente à minha intervenção e elencar aspetos a melhorar.

Simultaneamente, permitiu ter um maior conhecimento face às implicações da situação de doença da pessoa no sistema familiar, motivo pelo qual se torna

extremamente importante o conhecimento desta mesma realidade familiar, para que seja efetuada uma gestão da situação mais eficaz.

Resumidamente, penso que esta situação constituiu o evento mais significativo relativamente à problemática da comunicação e gestão de más notícias vivenciado na UCINC, pelo que o facto de ter efetuado o acompanhamento da família em momentos distintos permitiu uma melhor aprendizagem da minha parte, por poder ter oportunidade de refletir face à minha prática, às minhas atitudes e alterá-las, melhorando a minha intervenção neste âmbito.

### **Referências Bibliográficas:**

Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. United Kingdom: Pan Books

Rosário, E. M. O. C. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde. Comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Lisboa. Universidade Aberta. Dissertação. Lisboa

**Apêndice V: “Reflexão I – Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos”**

## **REFLEXÃO I – SERVIÇO DE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS**

O evento alvo de reflexão diz respeito a uma situação de uma doente, com trinta e quatro anos, com o diagnóstico de Leucemia, que deu entrada no serviço acompanhada por um familiar, para realizar autotransplante medular. Previamente à sua entrada, a equipa tinha conhecimento que a doente se encontrava ansiosa com a situação, pelo que já foi tido em consideração este aspeto no seu acolhimento.

Assim, neste momento de acolhimento ao serviço, foi-lhe apresentado o mesmo e explicitada a sua organização, com as respetivas regras necessárias para efetuar o isolamento. Entretanto a doente encontrava-se pouco comunicativa, desviando com frequência o olhar, com um discurso com um ritmo acelerado e predominantemente repetitivo. Focalizava-se essencialmente na duração do internamento, na quimioterapia e na queda do cabelo a ela associada, questionando se iria cortar o cabelo. Após o esclarecimento das suas dúvidas, de um modo muito sucinto e simples, utilizando um vocabulário adequado à doente, foi-lhe referido que parecia que se encontrava ansiosa face à situação de internamento e tratamentos a realizar, no entanto, inicialmente ser-lhe-iam fornecidas informações relacionadas com o funcionamento do serviço e o próprio isolamento em si e, posteriormente, com calma e faseadamente, seriam esclarecidas outras dúvidas relacionadas com o tratamento, de um modo mais aprofundado, ao longo do internamento. A doente confirmou e acedeu, falando que o facto de permanecer em isolamento, longe de tudo e de todos e essencialmente longe do filho, a preocupava. Foi questionada relativamente à idade do filho, que tinha aproximadamente três anos, e qual o conhecimento que o mesmo tinha face à situação de doença, sendo-lhe referido que era importante que o mesmo, de um modo adequado à idade, estivesse ao corrente da situação. Foi sugerida, também, a presença de fotografias do filho, a qual a mesma recusou, referindo que tal tornava a sua adaptação mais difícil, aumentando as saudades que

sentia dele. Foi então demonstrada disponibilidade tendo sido referido que a equipa de enfermagem se encontrava disponível para a ouvir e a apoiar, ao longo do internamento.

Nesta situação tive um papel mais passivo, na medida em que constituía o primeiro dia de estágio no Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos, um serviço com especificidades muito características e totalmente diferente daquele em que exerço funções. Este evento permitiu a observação da atuação do profissional de saúde, de um modo mais pormenorizado, estando atenta à linguagem verbal e não verbal de ambos os intervenientes. Identifiquei também que a ansiedade estava presente, não só pela linguagem não verbal da doente, mas também pelo ritmo que impunha ao seu discurso, parecendo-me igualmente que o facto de falar do corte do cabelo de um modo tão insistente reforçava este mesmo aspeto. Assim, estava atenta a todos os pormenores que conseguia, estabelecendo uma relação entre o conhecimento obtido através da pesquisa bibliográfica e das experiências profissionais prévias e a situação que estava a vivenciar. Esta situação causou algum desconforto, uma vez que a doente manifestava ansiedade face ao internamento e tratamento, evidenciando sinais de não adaptação à doença, pelo que a gestão da sua preocupação e da sua ansiedade era extremamente premente e de difícil realização.

Refletindo face a este evento, considero que a doente manifestou plenamente a ansiedade como emoção principal, direcionando-a ao internamento em si e ao tratamento. O facto de ter oportunidade de assistir a este acolhimento, permitiu-me refletir relativamente ao impacto do internamento na vida do doente e da respetiva família, estando este impacto ainda mais exacerbado devido às particularidades do Serviço, que requer que o doente se encontre confinado a um quarto de isolamento, cujo único contacto com o exterior se resume a uma janela, onde vê as visitas e conversa com elas pelo intercomunicador, além da porta por onde tem contacto com os profissionais de saúde. É possível também ter a presença de um familiar no quarto, o que muitas vezes não acontece, devido à distância entre o hospital e o local de residência; restam assim os meios audiovisuais, como a televisão, o telemóvel e o computador. Assim, penso que as particularidades do serviço

contribuem para uma maior dificuldade de adaptação à situação, uma vez que os doentes permanecem alguma parte do tempo sozinhos, o que se traduz num maior tempo para refletir face à sua situação, complicações, medos, entre outros. De um modo global, o internamento em si tem, portanto, efeitos a nível pessoal, económico e familiar. A nível pessoal, o facto de permanecer internado numa instituição hospitalar, longe do ambiente familiar, causa uma alteração dos hábitos, nomeadamente no que respeita à alimentação e higiene, além da limitação física que impõe (impossibilidade de realizar atividade física, atividades de ocupação do tempo livre). A incapacidade de exercer a sua atividade profissional, bem como as despesas associadas à doença (deslocações, por exemplo), causam alterações económicas preocupantes a nível do orçamento familiar. Assim, a nível familiar, o internamento tem implicações a nível económico, bem como da sua própria organização, na medida em que é necessário uma adaptação das funções de cada um dos seus membros, podendo esta ser maior ou menor, dependendo do papel desempenhado pelo doente. Simultaneamente, o facto de possuir um familiar internado implica também alteração na rotina familiar, uma vez que é necessário também ajustar as suas atividades com o horário das visitas e as suas deslocações para a instituição hospitalar. Além de todas estas alterações, existe também um impacto a nível emocional, tanto do doente como da família. Assim, tendo em consideração todos estes aspetos inerentes ao internamento, que são dependentes da individualidade de cada pessoa, é premente ter conhecimento deste mesmo impacto em cada doente, por forma a direcionar as intervenções às necessidades do mesmo, minimizando as alterações causadas pelo internamento e, conseqüentemente, a ansiedade.

Tendo em consideração que foi identificada a presença de ansiedade na doente, é fundamental gerir esta mesma situação. Deste modo, tal como Buckman (1992) refere e como pude constatar na observação da intervenção da enfermeira, é premente identificar a causa da ansiedade, demonstrando que se está disponível para ouvir, conhecer a existência dos sentimentos do doente e transmitir a informação mais relevante, de modo a reduzir essa mesma ansiedade. É premente então, avaliar a intervenção, verificando se a ansiedade se mantém ou não. Caso se mantenha, é pertinente oferecer uma resposta empática e, se necessário,

encaminhar para apoio de alguém especializado. Assim é pertinente efetuar uma questão aberta ou empática, do tipo “o que a preocupa mais relativamente a esta situação?” ou “esta situação deve ser bastante preocupante para si, o que a preocupa mais?” (Buckman, 1992). Saliente-se que, de acordo com o mesmo autor, à medida que a informação é transmitida, deve ser validada a sua compreensão, através de uma questão do género “estou a ser claro?”, pedindo ao doente para transmitir o que compreendeu do que lhe foi dito, ou então, tal como efetuou a enfermeira, perguntar-lhe se estava a entender, à medida que lhe ia transmitindo informação.

Uma das principais preocupações da doente estava relacionada com o filho, sendo de considerar que Sancho (1998) refere que as crianças possuem uma elevada capacidade de observação, tanto a nível físico como psicológico, captando o que se passa a seu redor, mesmo aquilo que lhe é ocultado. Daí a pertinência de que lhe seja explicitado o que está a acontecer com a mãe.

De um modo global, além das técnicas necessárias para o estabelecimento de uma comunicação eficaz, é pertinente, numa situação semelhante a esta, depois de identificada a emoção, permitir a expressão de sentimentos, escutando o doente e respondendo empaticamente, fornecendo informação para esclarecimento das suas dúvidas e preocupações e demonstrando disponibilidade, o que foi feito pela enfermeira.

Considero assim que este evento exerceu um importante contributo na compreensão do impacto da doença/internamento no doente e na família, bem como na gestão da ansiedade e na alteração da minha prática.

### **Referências Bibliográficas:**

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*.  
United Kingdom: Pan Books
- Sancho, M. G. (1998) *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 2ª edição Madrid:  
Arán Editores

**Apêndice VI: “Reflexão II – Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos”**

## **REFLEXÃO II – SERVIÇO DE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS**

O evento alvo de reflexão encontra-se relacionado com a doente mencionada na reflexão anterior, tendo ocorrido cerca de 3 a 4 dias posteriormente ao acolhimento, dizendo respeito ao momento em que lhe foi efetuada a tricotomia do cabelo.

No dia anterior, havia sido sugerida esta tricotomia, uma vez que o cabelo, com os tratamentos de quimioterapia, tinha vindo progressivamente a cair. A mesma tinha aceitado esta situação, pelo que se procedeu a esta mesma atividade. Por opção, achei por bem não estar presente, entrando no quarto posteriormente. Questionei-a “como se sente hoje?”, com o objetivo de permitir a expressão de sentimentos, de obter uma resposta mais aberta. No entanto, a doente proferiu uma resposta fechada, dizendo que estava bem, pelo que a questionei relativamente ao modo como a mesma se sentia face ao novo corte de cabelo. Na realidade, neste momento pensei que a mesma me fosse referir que estava triste, uma vez que eu tinha interpretado o facto de ela frequentemente questionar quando iria ser o momento do corte de cabelo como uma não aceitação. No entanto, tal não aconteceu, uma vez que me referiu que se sentia bem, que já estava mentalizada, sendo mais prático. Posteriormente referiu-me que o filho havia dito na escola que a mãe não tinha cabelo, pelo que a questionei relativamente ao que isso a fazia sentir. Respondeu-me que não a preocupava, que era natural que ele comentasse na escola.

Analisando a minha intervenção, preferi ausentar-me no momento da tricotomia devido ao facto de achar que tal poderia ser causador de mau estar na doente, uma vez que, colocando-me na sua posição, consideraria uma invasão da minha intimidade a presença de alguém que não me era significativo. Penso que este momento era demasiado próprio, demasiado íntimo e reflexivo, pelo que considerei

que a minha intervenção seria mais útil após reflexão, pela própria, face a este momento. Assim, a minha tomada de decisão face a esta situação, sofreu a influência de diversos fatores, nomeadamente a minha personalidade, à semelhança do que defende Watson (2002). Na realidade, esta autora afirma que a relação transpessoal do cuidar depende de diversos aspetos, nomeadamente da capacidade do enfermeiro compreender e detetar os sentimentos e a condição íntima do outro, de avaliar e verificar o modo como os outros se encontram no mundo e da história de vida do próprio enfermeiro, incluindo o crescimento pessoal, a maturidade e o desenvolvimento do “ser enfermeiro”.

Refletindo relativamente a esta situação, a mesma constituiu um momento de aprendizagem, na medida em que contribuiu para o desenvolvimento de competências no que respeita à gestão de más notícias.

Ao questionar a doente relativamente ao modo como se sentia hoje, estava a ter em consideração o que Buckman (1992) refere, sendo que o mesmo sugere que tal transmite interesse e, simultaneamente, permite a expressão verbal do doente e a avaliação do seu estado mental e vocabulário. Considero relevante refletir relativamente ao facto de ter avaliado esta situação de um modo errado, interpretando a situação da tricotomia do cabelo como uma má notícia de difícil gestão quando, aparentemente (no evento descrito e posteriormente, durante o internamento) foi aceite. Assim, considero que a partir da atitude e comportamento da doente quanto a cortar o cabelo, realizei previsões erróneas do impacto que tal iria ter na doente, partindo desse pressuposto quando estabeleci a minha relação com ela. No entanto, apesar desse pressuposto estar errado, não teve repercussões na minha relação com a doente, uma vez que a iniciei efetuando uma pergunta aberta. Tendo em consideração que esta não verbalizou os seus sentimentos, e que considerei pertinente a utilização de uma questão mais fechada, não deixei transparecer o meu pressuposto, o que considerei positivo na minha atuação. Na verdade, tal como Buckman (1992) refere a avaliação da situação é bastante subjetiva. A intervenção não deve ser, então, baseada em pressupostos próprios, mas sim nas emoções e comportamentos que a doente demonstra. Considero

essencialmente este o motivo pelo qual considerei este evento significativo para a minha aprendizagem.

Ao questionar a doente face à sua afirmação no que respeitava ao facto de o seu filho ter comentado o seu corte de cabelo na escola, tinha como objetivo permitir a partilha de sentimentos através da utilização de uma resposta aberta, tal como Buckman (1992) sugere. Considero que depois da resposta da doente deveria ter aprofundado o modo como a mesma estava a lidar com a situação, que preocupação sentia face ao filho, no fundo, quais as suas maiores preocupações. Poderia até ter proferido uma afirmação empática, do género “parece-me menos ansiosa que em turnos anteriores...”, de modo a permitir a expressão dos seus sentimentos e simultaneamente a autoconsciencialização da mesma face à ansiedade que possui, favorecendo igualmente a minha avaliação face a esta mesma situação, com vista a uma intervenção eficaz.

De um modo global, este evento permitiu a minha reflexão face ao facto de a minha perceção relativamente a determinada situação não ser necessariamente a correta, sendo fundamental o maior conhecimento das características pessoais de cada doente, pelo que, por vezes, a preparação inicial para a comunicação ou mesmo gestão de má notícia pode não ser eficaz, requerendo posteriormente agilidade de pensamento para gestão deste facto. Desenvolvi também as técnicas de comunicação relacionadas com a gestão da ansiedade, além da minha autoconsciencialização face a esta temática.

### **Referências Bibliográficas:**

Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*.  
United Kingdom: Pan Books

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

**Apêndice VII: “Reflexão III – Serviço de Transplantação de Progenitores  
Hematopoiéticos”**

## **REFLEXÃO III – SERVIÇO DE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS**

O evento alvo de reflexão encontra-se relacionado com a doente mencionada nas reflexões anteriores, tendo ocorrido numa situação pós transplante, em que as análises demonstraram que havia necessidade de administrar 1 pool de Plaquetas.

Iniciei novamente o discurso com a questão “como se sente hoje?”, sendo que a mesma se focalizou na dor generalizada que sentia. Informei-a que as algias eram normais nesta situação e inclusive constituíam um aspeto positivo, significando que a medula óssea estava a iniciar o seu funcionamento, sendo que a medicação que havia sido administrada surtiria o seu efeito brevemente. Referiu que já lhe haviam dito isso, mas que a verdade é que não esperava que tivesse essas dores e que estava cansada do internamento. Afirmei então que percebia, apesar de não ter passado pela situação, que lhe era complicado permanecer tantos dias internada, mas que era uma fase. Referiu depois que era muito dramatizadora. Antes de lhe dar alguma resposta, questionei-me qual seria o intuito da doente ao me referir isso, o que queria que eu compreendesse. Por um lado, estaria à espera que dissesse que sim? No entanto, tal não iria favorecer a sua adaptação. Por outro lado, ao referir que não, estaria a contrariar a sua afirmação e talvez a mesma interpretasse como se estivesse a mentir, ou a não valorizar os seus sentimentos, o que é completamente erróneo no estabelecimento de uma relação. Assim, optei por referir que era normal sentir-se assim, que devia ser complicado lidar com esta situação. Afirmou então que passava muito tempo, que contava os dias para poder ter alta. Questionou então como estavam os valores analíticos, pelo que lhe referi que havia necessidade de efetuar um pool de plaquetas, sendo que a mesma questionou o porquê de tal situação, associando a um aspeto negativo à sua evolução. Expliquei-lhe então toda a informação relativamente a este assunto, recorrendo a um vocabulário simples, direto, e clarificando a compreensão do que

era transmitido, recorrendo a pequenas questões como “estou a ser clara? e “está-me a compreender?”. Durante este evento, senti-me um pouco ansiosa, uma vez que considerei que a situação não estava a ser muito fácil de gerir, aumentando a minha consciencialização face à importância do meu papel na gestão da mesma. Novamente estive atenta à comunicação verbal e não verbal da doente, pelo que considerei que a ansiedade estava a dar lugar a tristeza, não só pelo olhar triste, como pela redução do ritmo do discurso, os ombros descaídos e o próprio facto de demonstrar mais calma nas suas atitudes. Analisando já este aspeto, parece-me que a doente se encontra noutra fase de adaptação da doença e do próprio tratamento, que corresponde à tristeza.

Analisando a minha intervenção, ao elaborar uma questão aberta inicial pretendia novamente transmitir interesse e permitir a partilha de sentimentos, o que foi possível. Assim, o fator causador de ansiedade relacionava-se com a presença de dor, pelo que, uma vez que já havia sido administrada terapêutica, procurei reduzir essa mesma ansiedade, pretendendo dar algum conforto ao esclarecer que esta situação, apesar de dolorosa, era indicativo de progresso favorável. Refletindo face ao que foi referido pela doente posteriormente, isto é, que não esperava que tivesse essas dores e que estava cansada do internamento, tal demonstra, na minha opinião, que a doente pretendia partilhar sentimentos no que respeita a este “cansaço” face ao internamento. Assim, deveria ter efetuado uma questão empática, demonstrando compreensão face à situação. Não deveria ter referido que “percebia (apesar de não ter passado pela situação) que lhe era complicado permanecer tantos dias internada, mas que era uma fase”, uma vez que a realidade é que eu não percebo o que a doente está a sentir, uma vez que nunca passei por a mesma situação, e mesmo que tivesse passado, vivenciaria de modo diferente, de acordo com as minhas características pessoais, pelo que poderia ter dito “parece-me que esta situação está ser complicada para si”. O facto de referir “é uma fase” pode ser considerado uma desvalorização da situação, pelo que também deveria ter sido evitada. No que diz respeito à expressão “sou muito dramatizadora”, poderia ter questionado o motivo pelo qual ela referia tal afirmação, no sentido de perceber o que espera ao proferi-la, qual o seu objetivo. Penso que agi de modo correto ao optar pela utilização de uma resposta empática, demonstrando assim compreensão

da situação e disponibilidade para partilhar sentimentos e preocupações face ao que foi proferido. No entanto, a expressão “é normal” desvaloriza o que está a ser transmitido, pelo que deveria ter sido evitada. Adicionaria ainda uma questão aberta relativamente ao que estava a sentir e ao que mais a preocupava, de forma a partilhar as suas preocupações que me parecem, à partida, estarem mais relacionadas com o internamento em si e com o impacto na sua vida.

Ao referir que necessitava de realizar um pool de plaquetas, a doente associou a um evento negativo, aspeto que não esperava, pelo que posso considerar que tal situação foi recebida, pela doente, como uma má notícia. Tal justifica o que é mencionado por Buckman (1984), que define má notícia como “qualquer informação que pode alterar drasticamente a visão do doente face ao seu futuro” (p.1597) (trad. do autor), estando o impacto da mesma dependente das expectativas que o doente possui, do facto de essa notícia ser expectável ou não e do quão “doente” ele se sente (Buckman, 1984). Assim, esta situação permitiu-me, apesar de já ter efetuado pesquisa bibliográfica referente a esse assunto, refletir face ao impacto das notícias que transmito aos doentes, diariamente, sem consciencialização face às consequências que as mesmas podem ter na sua vida. Na realidade, diariamente transmito más notícias, muitas das vezes, sem ter consciência de tal facto, pelo que não tenho por base o protocolo de Buckman, ou quaisquer outras linhas orientadoras, o que pode condicionar, à partida, a resposta do doente a essa mesma notícia.

Na elaboração desta reflexão, mencionei que considerava que a doente se encontrava numa fase de transição, de uma fase em que se encontrava mais ansiosa para outra em que se encontra mais deprimida, pelo que a atuação face a esta situação é diferente. Assim, é pertinente estar atenta se a doente manifesta depressão, para que tal seja identificado e se intervenha demonstrando disponibilidade e fornecendo apoio especializado. A realidade é que também no final deste evento deveria ter demonstrado disponibilidade para prestar apoio dentro das possibilidades, o que constituiu um aspeto negativo da minha prestação.

Posso, assim, afirmar, que a minha tomada de decisão se baseou na minha experiência, nas minhas características individuais, na própria individualidade da

doente e na pesquisa bibliográfica. No entanto, no momento em que o evento decorreu foi complicado agir tendo por base as linhas orientadoras que tinha conhecimento, uma vez que existiam emoções presentes, pelo que não me senti à vontade na gestão desta situação, o que não me permitiu atuar de um modo perfeito, colocando a minha atuação várias questões que já elenquei. Tenho, assim, plena consciência que a melhoria da minha intervenção é efetuada através da prática, da experiencição/vivência de situações de comunicação e gestão de más notícias, pelo que espero e pretendo melhorar estes aspetos.

Sintetizando esta minha reflexão, considero que existem alguns aspetos que devo ter em consideração na minha prática futura, em situações semelhantes, nomeadamente que não devo utilizar as palavras “é normal” nem “é uma fase”, pelo que devo focalizar a minha atenção na emoção que o doente transmite, valorizando a partilha de sentimentos, de preocupações e tentando sempre “ler nas entre-linhas”, mas validando a minha interpretação através dos comportamentos da doente, do que me diz, e muitas vezes, perguntando-lhe “O que quer dizer com isso?”. Ao transmitir qualquer notícia ao doente, devo ter em consideração o impacto que a mesma poderá vir a ter, pelo que a comunicação de más notícias deve ser realizada seguindo linhas orientadoras e deverá ser sempre demonstrada disponibilidade para apoiar o doente.

### **Referências Bibliográficas:**

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult. *British Medical Journal*, 288, 1597-1599. Acedido em 01-03-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1441225/>

**Apêndice VIII: “Plano de sessão: Apresentação do projeto e partilha de literatura pesquisada relativamente à gestão de más notícias”**

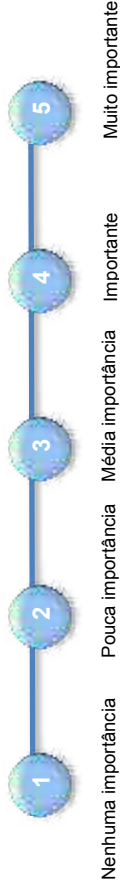
## Plano de sessão

Tema:		Objetivo geral da sessão:			
<b>Intervenção do Enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento</b> (Apresentação do projeto e partilha da literatura pesquisada relativamente à gestão de más notícias)		<b>Partilhar contributos do local de estágio e promover a reflexão relativamente a reações do doente/família face à comunicação da má notícia</b>			
<b>Destinatários:</b> Enfermeiros do Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoieticos	<b>Material e equipamentos:</b> Computador Papel	<b>Objetivos específicos:</b> Que os participantes consigam: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrever o projeto de estágio “Intervenção do Enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”</li> <li>2. Descrever estratégias de gestão das reações mais comuns do doente/família face à comunicação da má notícia</li> <li>3. Refletir sobre reações do doente/família face à comunicação da má notícia</li> </ol>	<b>Conteúdos</b> <u>Introdução:</u> Comunicar objetivos Apresentar conteúdos  <u>Seqüência/desenvolvimento:</u> 1. Apresentação do projeto 2. Partilha de contributos do local de estágio para a concretização dos objetivos. 3. Gestão de más notícias – partilha de literatura pesquisada (gestão das reações mais comuns à comunicação da má notícia e algumas reações da pessoa significativa e membros da família) 3. Conclusão	<b>Métodos/técnicas pedagógicas</b> Exposição  Exposição Expositivo-interativo/reflexivo  5' (45')	<b>Tempo</b> 2' (2') 1' (3')  10' (13')  27' (40')  5' (45')
<b>Avaliação da sessão:</b>	<b>Questionário de opinião</b>			<b>Tempo previsto:</b> 45'	

**Apêndice IX: “Avaliação da sessão: Apresentação do projeto e partilha de literatura pesquisada relativamente à gestão de más notícias”**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. Qual a importância que atribui a esta reunião relativamente à aquisição de conhecimentos na temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



2. O que considerou mais importante na sessão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

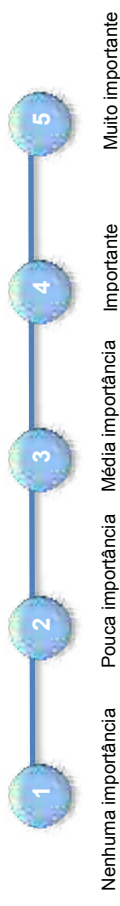
\_\_\_\_\_

Obrigada!

Laura Magalhães (sob orientação de Prof. Patrícia Alves)  
Sessão Inserida no 3º Curso de Mestrado e Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. Qual a importância que atribui a esta reunião relativamente à aquisição de conhecimentos na temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



2. O que considerou mais importante na sessão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obrigada!

Laura Magalhães (sob orientação de Prof. Patrícia Alves)  
Sessão Inserida no 3º Curso de Mestrado e Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Apêndice X: “Reflexão I – Serviço de Internamento de Neurocirurgia”**

## **REFLEXÃO I – SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEUROCIRURGIA**

O evento alvo de reflexão diz respeito a uma situação relacionada com um doente que deu entrada no Serviço de Internamento de Neurocirurgia, proveniente do SU, na sequência de uma queda. Após a realização de exames complementares de diagnóstico, a situação não foi esclarecedora, pelo que foi necessário prolongar o tempo de internamento. O doente esperava, no entanto, ter alta clínica após realização de exames mais esclarecedores, o que não aconteceu, uma vez que lhe foi diagnosticada uma malformação arteriovenosa, tendo-lhe sido proposto tratamento cirúrgico. Face a esta situação, o doente ficou bastante apreensivo, situação que me foi transmitida em passagem de turno, uma vez que o mesmo havia referido que não tinha decidido ainda se queria ser submetido a cirurgia ou não. Antes de mais tentei perceber melhor, junto do colega, o modo como esta má notícia foi comunicada e qual o conhecimento do doente relativamente à sua situação de doença. No entanto, apenas tive conhecimento que havia sido o médico do doente a comunicar esta notícia.

Apesar de me ter apercebido que nesta situação era pertinente a minha atuação para gestão desta má notícia, achei por bem respeitar o silêncio do doente, esperando que o mesmo abordasse este tema. Mentalmente, preparava-me para a situação, caso tal ocorresse, refletindo relativamente a qual deveria ser a minha intervenção. Assim, a certa altura perguntei-lhe como estava, se precisava de alguma coisa, ao que ele me respondeu que estava tudo bem, à exceção de que não sabia o que fazer, que não sabia se queria ser operado ou não. Nesta altura encontrava-me de pé, em frente ao doente, estando o mesmo sentado na sua cama. Pensei, então, nas técnicas de comunicação que desenvolvi ao longo deste estágio, pelo que olhei em redor procurando uma cadeira para me sentar. O doente reparou no movimento do meu olhar, uma vez que me disse para não me preocupar, que eu

tinha mais coisas para fazer. Retorqui que estava apenas a procurar uma cadeira para me sentar, que tinha disponibilidade para o ouvir. Referiu-me, então, que esperava ter tido alta no dia anterior e, de repente, já necessitava de ser operado. Questionei-o relativamente ao conhecimento que possuía no que respeita à sua situação clínica, o que o seu médico lhe havia dito. Constatei que tinha plena consciência da patologia, do tratamento, dos riscos inerentes à cirurgia, pelo que me pareceu que tinha medo da mesma e essencialmente das suas possíveis sequelas. Questionei-o relativamente a tal facto, dizendo “parece-me que está preocupado e com medo, o que mais o preocupa?”, tendo-me respondido que tinha medo de como iria ficar depois da cirurgia, que durante a semana que tinha permanecido internado tinha observado muito ao seu redor, pelo que tinha medo de ficar com défices motores, de como seria a sua vida depois da cirurgia, o trabalho, a independência nas atividades de vida, inclusive salientando que atualmente estava bem, quem garantia que não ficaria assim durante muito tempo?. Ponderei se o doente teria compreendido efetivamente a real situação, pelo que o questionei se o médico lhe havia explicado o que poderia acontecer se não fosse submetido a cirurgia. Pude verificar que tinha plena consciência da situação, simplesmente pareceu-me que tinha medo de tomar uma decisão. Face ao que me disse, referi que devia ser bastante difícil para ele ter que gerir esta situação, pelo que o mesmo referiu que sim, que lhe seria mais fácil decidir pela cirurgia se tivesse sido imediatamente proposta (quando deu entrada proveniente do SU), pois assim não teria tanto tempo para refletir. Procurei, também, ter um maior conhecimento do contexto familiar, questionando se já tinha conversado com a família relativamente a esta temática. Percebi, então, que alguns elementos da família estavam ao corrente da situação e que os familiares mais próximos o iriam visitar naquele dia. Sugeri que partilhasse as suas dúvidas em família, uma vez que a mesma, muitas vezes, constitui uma fonte de apoio. Face a esta situação, encolheu os ombros e referiu que podia falar com quem quisesse, mas a realidade é que ele é que teria de decidir. Referiu, também, que achava que era pertinente ausentar-se por um tempo do internamento, para poder refletir e pedir, inclusive, outra opinião a um médico de clínica geral que conhecia; no entanto, tinha medo que o seu médico achasse mal. Referi que tinha todo o direito de obter uma segunda opinião, que talvez o ajudasse a tomar uma

decisão, salientando, no entanto, que a doença que possuía era do foro neurocirúrgico, pelo que era específico de uma especialidade médica. Disponibilizei-me, inclusivamente, a fazer a articulação entre o doente e o seu médico, alertando este último para a necessidade que o senhor possuía em obter uma segunda opinião. O doente agradeceu o facto de o ter ouvido, e terminei a conversa referindo que tanto eu como a equipa de enfermagem se disponibilizava para o ouvir, esclarecer dúvidas, entre outras, dentro das nossas possibilidades.

Após a descrição da situação, torna-se premente efetuar uma reflexão relativamente à mesma. Na minha atuação, pretendi desenvolver uma comunicação eficaz, tendo o cuidado de a comunicação não verbal ser coerente com a verbal. Assim, mantive o contato visual, não muito prolongado, de modo a demonstrar escuta atenta, honestidade e sinceridade (de acordo com o referido por Querido, Salazar e Neto, 2010), pelo que me sentei para me encontrar ao mesmo nível do doente, uma vez que esta atitude revela não só predisposição para ouvir, como reflete uma comunicação não paternalista e transmite ao doente que o recetor se encontra sobre o seu controlo (Buckman, 1992). Evitei também cruzar as pernas, inclinando ligeiramente o tronco para a frente, de modo a facilitar a comunicação, tal como Querido, Salazar e Neto (2010) referem. O tom de voz foi calmo, e, à medida que o doente ia falando, dizia “hum hum”, para o incentivar a prosseguir, tal como é afirmado por Querido, Salazar e Neto (2010). Ao longo do diálogo, procurei estar atenta também à comunicação não verbal do doente, verificando que apresentava também inclinação do tronco, franzia as sobrancelhas e tinha um tom de voz baixo, apesar do seu discurso ser ritmado. Depreendi assim que se encontrava preocupado, talvez até um pouco ansioso face à situação, mas que estava disponível e atento à comunicação. Considero, também, pertinente refletir face ao facto do doente demonstrar estar bastante atento à minha comunicação não verbal, uma vez que quando quebrei o contato visual associou-o a falta de disponibilidade para a escuta. Assim, esta situação foi de extrema importância no desenvolvimento da minha consciencialização relativamente à comunicação não verbal, principalmente no que respeita à expressão corporal, uma vez que esta última me parece de mais difícil treino.

Continuando a reflexão relativamente a este evento, ao questionar o doente relativamente ao seu conhecimento face à situação, pretendia saber quão grave ele a considerava, bem como quanto iria influenciar o futuro, baseando a minha atuação em Buckman (1992). Ao referir “parece-me que está preocupado e com medo, o que mais o preocupa?”, pretendia utilizar uma resposta empática com o doente, identificando a emoção que está presente, reconhecendo o medo como expectável e simultaneamente dando permissão para falar relativamente ao que o preocupava (Buckman, 1992), sendo que para Riley (2004) a empatia deve ser utilizada em situações em que é fundamental a compreensão, nomeadamente em pessoas ansiosas ou indecisas relativamente a determinada situação. Já ao referir que deveria ser bastante difícil para ele gerir esta situação, pretendia que a minha resposta fosse sensível relativamente ao que me havia sido dito, tal como refere Buckman (1992).

Deste modo, é possível concluir que baseei a minha tomada de decisão em experiências anteriores, bem como em bibliografia consultada, pretendendo, com a minha intervenção, demonstrar ao doente a minha disponibilidade para o ouvir, para estar presente, de modo a estabelecer com ele uma relação empática, valorizando a minha prestação de cuidados. Simultaneamente, o facto de a minha intervenção ter como alvo a gestão desta situação, permitiu o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais relativamente a esta temática, contribuindo para a minha aprendizagem. O facto de o doente ter agradecido a minha intervenção demonstrou que lhe permiti a expressão dos seus sentimentos, promovendo o cuidar transpessoal, como refere Watson (2002), pelo que posso subentender que a minha prestação de cuidados teve um impacto positivo no doente.

Sintetizando o que foi mencionado, considero que poderia ter tido uma intervenção diferente, devendo ter tentado entender qual a informação que o doente pretendia receber, como refere Buckman (1992), além de que deveria ter recorrido à repetição como forma de validação da informação que o doente me transmitiu. Considero que quando mencionei a família como fonte de apoio, deveria ter efetuado uma articulação/apoio com a mesma, de modo a esclarecer as suas dúvidas, fornecendo informação necessária, de modo a apoiar o doente de um modo mais efetivo e

conhecedor dos factos. Obviamente que esta situação de gestão de más notícias deveria ser realizada de um modo contínuo no tempo e não ocorrendo de um modo isolado, de modo a que esta intervenção fosse mais efetiva e eficaz.

Assim, posso concluir que esta situação constituiu um evento significativo na minha aprendizagem, permitindo não só uma maior consciencialização da minha linguagem não verbal, como uma maior reflexão relativamente à minha intervenção na gestão de más notícias, estando, a partir desta situação, mais atenta à importância da validação da informação recebida.

Este evento permitiu também uma maior reflexão relativamente à necessidade de gestão das expectativas precocemente, uma vez que o facto de o doente prever ter alta e, afinal, lhe ser oferecido um tratamento que, além dos seus riscos, implicava um prolongamento do tempo de internamento, constituiu, a meu ver, um aspeto condicionante à sua preocupação/ansiedade.

#### **Referências Bibliográficas:**

- Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. United Kingdom: Pan Books
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2010). Comunicação. In: Barbosa, A. & Neto, I. G.. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (p.461-486). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Riley, B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

**Apêndice XI: “Reflexão II – Serviço de Internamento de Neurocirurgia”**

## **REFLEXÃO II – SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEUROCIRURGIA**

O evento alvo de reflexão diz respeito a uma situação relacionada com um doente que deu entrada no serviço, proveniente da Consulta Externa, com o diagnóstico de Aneurisma, estando programada a realização de exames complementares de diagnóstico e posterior cirurgia. Ao efetuar o acolhimento ao doente, após apresentação do serviço e sua estrutura organizacional, bem como a realização da colheita de dados relacionados com os seus antecedentes pessoais, questionei o doente relativamente à história da doença atual. Neste momento, após esclarecimento da mesma, o doente questionou-me relativamente ao exame complementar de diagnóstico que iria realizar, pelo que tentei perceber qual o conhecimento que o mesmo possuía relativamente à sua situação clínica. Pude constatar que o senhor possuía conhecimento no que respeita à patologia e algumas noções relativamente ao tratamento, necessitando de esclarecimentos face ao exame complementar de diagnóstico, sua preparação e cuidados a ter após a realização do mesmo. Deste modo, decidi explicar, de um modo simplificado, estes mesmos aspetos, tendo em consideração a utilização de uma linguagem simples e clara, com um tom de voz calmo, mantendo o contato visual por períodos, e inclinando o tronco, estando igualmente atenta à comunicação não verbal do doente. Depois de ter validado a compreensão da informação, em que o doente referiu ter compreendido, acrescentou que sempre teve uma vida muito complicada, pedindo-me para lhe dizer que tudo iria correr bem, utilizando um tom de voz baixo, um ritmo acelerado, com um fâcies que demonstrava inquietude, com os olhos rasos de lágrimas. À medida que ouvi estas palavras, preparava mentalmente a resposta, tendo em consideração a pesquisa bibliográfica que havia realizado. Assim, retorqui que tanto eu como a equipa de enfermagem estávamos disponíveis para o apoiar, dentro das nossas possibilidades. No entanto, continuou a afirmar “diga-me que vai correr bem”, insistentemente, com um olhar suplicante. Face a esta situação,

questionei-o “o que mais o preocupa?”, sendo que o mesmo me referiu que vivia sozinho com o filho, maior de idade, com quem tinha uma relação muito próxima. Terminou a afirmação questionando, novamente, “vai tudo correr bem, não vai?”. Nessa altura referi que não poderia dizer isso, podia sim afirmar que a equipa de enfermagem estaria disponível para o apoiar, dentro das possibilidades, pelo que ele me respondeu, com um sorriso, que sabia, mas que ia tudo correr bem. Assim, referi “parece-me que está preocupado relativamente a esta situação, pretende falar com o médico para maior esclarecimento?”, tendo o mesmo aceitado de imediato. Após esclarecimento dessas mesmas dúvidas, perguntei ao doente se se encontrava mais calmo, tendo o mesmo respondido que sim. Apesar de, após esta situação, ter tido alguma dificuldade em voltar a estabelecer uma relação com o doente, uma vez que esta situação ocorreu no final do turno, transmiti este acontecimento, bem como o que havia feito, na passagem de turno, de modo a ser dada continuidade.

Esta situação causou-me bastante desconforto, na medida em que, apesar de ter refletido relativamente a situações semelhantes quando efetuei pesquisa bibliográfica, a realidade é que constituiu um acontecimento inédito na minha vida profissional, pelo que tive alguma dificuldade em o gerir. Durante o mesmo, foram vários os sentimentos presentes, nomeadamente preocupação e dúvida relativamente ao modo como estava a gerir a situação, uma vez que o meu principal objetivo consistia no apoio ao doente, de forma a adaptar-se à doença e tratamento, gerindo a situação do melhor modo.

Ao longo da minha prestação de cuidados, tentei mentalmente relacionar o conhecimento obtido através da pesquisa bibliográfica e da experiência adquirida nos locais de estágios anteriores com a minha própria reflexão face ao assunto, de modo a gerir esta situação da melhor forma possível. Mentalmente foram surgindo as respostas, pelo que posso afirmar que este constituiu o momento onde pude efetivamente treinar as técnicas de comunicação apreendidas. Cada gesto, cada resposta foram devidamente pensados, sendo efetuado de um modo mais preciso que antes, devido ao percurso de desenvolvimento pessoal e profissional na área da comunicação e gestão de más notícias efetuado até à data.

Assim, inicialmente, à semelhança do que havia feito no evento anterior alvo de reflexão, procurei informar-me acerca dos conhecimentos que o doente possuía face à sua situação clínica, tal como Buckman (1992) refere, de modo a conhecer melhor a pessoa em questão (por forma a adaptar a linguagem utilizada) e responder às necessidades de esclarecimento e informação da mesma. Quando o doente referiu que desde sempre tivera uma vida complicada, pedindo-me para que dissesse que tudo iria correr bem, mentalmente refleti relativamente aos meus conhecimentos neste âmbito, salientando imediatamente a premissa que Buckman (1992) refere que não se deve prometer nada que não possa ser dado. Assim, demonstrei uma atitude de disponibilidade, de acordo com o que Buckman (1992) preconiza, mantendo-me próxima da realidade. O facto de o doente voltar a afirmar “diga-me que vai correr bem”, insistentemente, constitui um aspeto que explica a necessidade de permitir a expressão de sentimentos e emoções, tal como Buckman (1992) sugere, devendo ser posteriormente reforçada a disponibilidade por parte da equipa, o que justifica a minha intervenção. No entanto, o doente mantinha o mesmo discurso, pelo que referi que não poderia dizer isso, podia sim afirmar que a equipa de enfermagem estaria disponível para o apoiar, dentro das possibilidades. Neste momento senti-me impotente, uma vez que não tinha possibilidade de referir o que o doente pretendia ouvir e, simultaneamente, estava a constatar que não estava a ser eficaz na minha atuação. A verdade é que a comunicação é subjetiva, sendo difícil gerir esta situação quando o conhecimento face à personalidade, às crenças e valores, no fundo à individualidade de cada ser humano, é escassa. Apesar de ter conhecimento relativamente às intervenções recomendadas nesta situação, a verdade é que nem sempre a mesma ocorre de modo semelhante, pelo que não existe uma resposta, mas sim várias respostas que podem ser referidas, dependendo, não só do ambiente em que o evento decorre, como também dos seus intervenientes.

Assim, optei por referir que não poderia afirmar que a situação iria ocorrer bem, com o intuito de transmitir verdade e, simultaneamente, empatia (demonstrando que não era a resposta que queria, mas sim a que poderia dar). Na verdade, penso que obtive *feedback* positivo por esta minha intervenção, uma vez que o doente sorriu e referiu que sabia que não lhe poderia mencionar tal afirmação. Ao afirmar que me

parecia preocupado com a situação, pretendia continuar a demonstrar empatia e, simultaneamente, permitir a partilha de sentimentos, além de dar espaço a esclarecimento de dúvidas e, assim, reduzir a sua ansiedade. Ao transmitir este acontecimento na passagem de turno, pretendi partilhar a minha atuação, no sentido de transmitir a informação que obtive face à preocupação do doente, de modo a que fosse dada continuidade à minha intervenção.

De um modo sintético e avaliando o que foi previamente referido, considero que existem alguns aspetos que poderia modificar na minha atuação. Faulkner (1998) refere que a esperança depende da seriedade da doença, da experiência de vida do doente e das suas crenças religiosas e espirituais, pelo que, na minha opinião, deveria ter aprofundado mais esta questão durante o momento da colheita de dados, o que iria certamente influenciar a minha atuação. Saliente-se que o facto de o doente insistentemente pretender que eu referisse que tudo iria correr bem, demonstra que sente necessidade de manter a esperança face à sua situação clínica, além da ansiedade face à mesma. Assim, de acordo com a literatura pesquisada, considero que a minha atuação foi direcionada à avaliação que realizei relativamente às emoções expressas pelo doente, promovendo essencialmente a partilha de sentimentos, a empatia no que respeita à situação e a transmissão de informação.

De um modo geral, este evento constituiu um momento de aprendizagem bastante relevante, tendo plena consciência que, na altura, apesar de ter atuado de um modo que foi considerado pertinente, na verdade, após reflexão, senti que poderia ter tido uma prestação melhor. Assim, apesar de todo o misto de emoções presentes neste evento, a realidade é que permitiu o aprofundamento de questões que ainda não haviam sido alvo de uma reflexão tão aprofundada. Desenvolvi, assim, a minha atuação em situações de ansiedade e gestão da esperança, tendo em consideração que não deve ser prometido aquilo que não pode ser cumprido, devendo, por outro lado, ser demonstrada disponibilidade para apoiar e escutar.

**Referências Bibliográficas:**

Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals.*

United Kingdom: Pan Books

Faulkner, A. (1998). *When the news is bad. A guide for health professionals.* United

Kingdom: Stanley Thornes

**Apêndice XII: “Reflexão III – Serviço de Internamento de Neurocirurgia”**

## **REFLEXÃO III – SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE NEUROCIRURGIA**

O evento alvo de reflexão encontra-se relacionado com uma situação que diz respeito a uma doente que deu entrada no serviço, proveniente da Consulta Externa, para cirurgia eletiva, com o diagnóstico de tumor cerebral (aparentemente benigno).

Ao efetuar o acolhimento, estavam presentes a doente e um familiar direto. Tendo por base as ilações mencionadas no evento reflexivo anterior, após apresentação do serviço, e previamente à realização de colheita de dados, questionei a doente de modo a saber se esta era a primeira vez que era internada, sendo a sua resposta afirmativa. Deste modo, ao prosseguir o acolhimento tive esta situação em consideração, de modo a reduzir a ansiedade que poderia estar presente, transmitindo a informação de um modo mais pormenorizado. Obtive também, em maior pormenor, as crenças espirituais e religiosas da mesma, bem como o meio familiar envolvente, para que pudesse ter um maior conhecimento das suas características individuais.

Posteriormente questionei se pretendiam ter conhecimento da informação em pormenor ou de um modo mais global, tendo-me referido que preferiam ter conhecimento mais pormenorizado. Questionaram-me, então, relativamente a aspetos relacionados com o pós-operatório, pelo que os esclareci, dentro das minhas competências. A postura de ambos era contraída, com um tom de voz rápido, parecendo transmitir um olhar inquieto, pelo que depreendi que se encontravam ansiosos. Tentei aprofundar mais este aspeto, referindo “parece-me ansiosa com a cirurgia, o que mais a preocupa?”. A senhora respondeu-me que o esposo aguardava realização de cirurgia quando lhe foi diagnosticado o tumor, pelo que haviam decidido, em família, ser ela primeiro submetida a cirurgia, de forma a estar apta para cuidar do marido, após a cirurgia deste. Preocupava-a, assim, o

pós-operatório, uma vez que pretendia recuperar o mais depressa possível. Procurei conhecer melhor esta situação do marido, para compreender o impacto da doença do mesmo na doente e sistema familiar, constatando que essencialmente era causador de ansiedade para os mesmos, sendo o marido, atualmente, independente nas atividades de vida diárias.

Após esta situação procurei compreender quais as suas maiores preocupações/dúvidas no pós-operatório, que diziam respeito a alterações da imagem corporal, tempo de internamento e pós-operatório imediato, pelo que esclareci a doente e o familiar, tendo a preocupação de utilizar uma linguagem simples, clara e adequada e o cuidado de verificar, questionando, se a informação transmitida estava a ser compreendida. À medida que ia transmitindo a informação, a doente ou o familiar iam questionando relativamente às suas dúvidas, sendo que a certa altura, após fornecer esclarecimentos face à preparação para o pós-operatório imediato (estadia na UCINC, necessidade de ventilador...), a primeira me questiona se iria morrer. Face a esta questão, compreendi que a mesma se mantinha bastante ansiosa. Assim, dei maior atenção à expressão de sentimentos, com o intuito de tentar reduzir essa mesma ansiedade. Referi então, “esta situação deve ser bastante stressante para si”, procurando também desenvolver uma relação empática. A doente referiu que sim, que estava ansiosa com a cirurgia, que tinha também medo que a mesma não corresse bem, apesar de “estar em boas mãos”. O familiar questionou-me, também, se era possível manter os cultos da religião no internamento, pelo que lhe esclareci que sim, informando-os relativamente a esta temática, que é incentivada a manter-se, de forma a ajudar a doente a adaptar-se à sua situação de doença. Face ao que foi referido, também demonstrei à doente disponibilidade da equipa para apoiar no que fosse possível, dentro das possibilidades. Tanto a doente como o familiar agradeceram. Uma vez que a senhora tinha indicação para ir de fim de semana, não foi efetuada uma passagem de turno pormenorizada face à situação que ocorreu, pelo que foram descritas, em notas de enfermagem, as informações que considerei relevantes para a continuidade de cuidados, nomeadamente as crenças religiosas e espirituais e vontade de manter o culto em internamento, a situação familiar, as maiores preocupações e as dúvidas que foram esclarecidas.

Ao longo deste evento, senti alguma preocupação, na medida em que constatei estar na presença de uma doente e família ansiosas face à situação clínica. A situação não foi fácil de gerir, uma vez que novamente ocorreu numa situação de acolhimento, em que possuía um conhecimento reduzido relativamente à mesma, associado ao facto de a doente nunca ter estado internada, o que aumenta o grau de ansiedade presente. Além disso, o familiar também demonstrava ansiedade, não só pela linguagem não-verbal, como também pelas questões que colocava, pelo que pretendi vocacionar a minha intervenção predominantemente na doente, atuando de modo indireto no familiar.

Analisando mais profundamente a minha intervenção, pretendi, no acolhimento à doente, e tendo por base o evento significativo prévio, alvo da minha reflexão anterior, obter o maior conhecimento da pessoa, de modo a ser capaz de atuar de um modo mais direcionado às necessidades da mesma. Assim, ao conhecer a sua realidade pessoal e familiar, foi possível compreender o impacto do internamento e cirurgia na sua vida e no sistema familiar, de modo a ter em consideração este aspeto na prestação de cuidados, promovendo a sua melhoria, o que constituiu uma situação gratificante para mim.

A avaliação da situação, isto é, das emoções presentes, teve por base a linguagem não verbal e verbal, sendo possível verificar que a emoção dominante era a ansiedade face à situação clínica, essencialmente no que respeita à cirurgia. A ansiedade mais direcionada ao internamento foi facilmente ultrapassada, após a transmissão de informação relativamente à organização do serviço e esclarecimento de dúvidas, uma vez que apenas o mencionou uma vez, não voltando a referir esta situação como um fator causador de ansiedade após a minha atuação. No que respeita à cirurgia e pós-operatório imediato, esclareci as dúvidas, no âmbito da minha competência.

Assim, na resposta à emoção, segui os três passos seguidos por Baile e Beale (2001), que consistem em ouvir e observar a resposta emocional, em identificar a causa da emoção e, por último, dar uma resposta empática, que demonstra compreensão e conhecimento do que o doente está a vivenciar. No que respeita à gestão da ansiedade, as minhas principais atitudes/comportamentos consistiram na

escuta ativa, na transmissão de informação para esclarecimento de dúvidas, na resposta empática e na demonstração de disponibilidade. Baile e Beale (2001) sugerem a discussão de aspetos relacionados com a doença com pessoas com a mesma patologia, frequentar grupos de apoio com patologias semelhantes e a elaboração de um plano de tratamento em conjunto com a doente, dando resposta às suas dúvidas, como possíveis intervenções em situações em que a ansiedade se encontra presente. No entanto, não tenho conhecimento da existência de grupos de apoio a doentes com este tipo de patologia, apesar de considerar possível e pertinente a oportunidade de partilha de experiências com pessoas com a mesma patologia, o que seria um projeto pertinente para ser desenvolvido no serviço.

Buckman (1992) sugere que, ao lidar com a ansiedade do doente, seja realizada a identificação da sua causa, o conhecimento dos seus sentimentos, a transmissão de informação mais relevante e a avaliação da intervenção, aconselhando a prosseguir a transmissão de informação se tal reduzir a ansiedade. Sugere, também, que se deve recorrer à empatia e, se estas intervenções não forem eficazes, pode ser necessário o acompanhamento do psicólogo ou psiquiatra. Penso que a minha atuação foi maioritariamente congruente com o que o autor refere. Considero assim que poderia questionar a doente e familiar relativamente à necessidade de apoio por parte do psicólogo, de forma a serem alvo de uma intervenção mais especializada e direcionada para a sua situação. Penso, também, que o facto de partilhar a situação com o médico da doente constitu um aspeto relevante, para que possa ser efetuada uma intervenção multidisciplinar.

No que respeita à família e gestão das suas emoções, a realidade é que a mesma assume um papel fundamental na adaptação do doente à situação, essencialmente se o seu vínculo com o mesmo for forte, sendo que Buckman (1992) afirma que quanto maior o vínculo da família, mais intensa será a sua reação. Seria, então, fundamental apoiar este familiar, no sentido de reduzir a ansiedade que o mesmo manifesta, agindo de modo semelhante com a doente, ou seja, identificando a causa da ansiedade, conhecendo as suas emoções, transmitindo informação e avaliando a intervenção. A realidade é que alguma informação foi transmitida ao familiar durante o evento, no entanto, não identifiquei as preocupações principais do mesmo, nem

intervi especificamente nas suas necessidades, pelo que considero que tal deveria constituir o passo seguinte. Considero que, de um modo indireto, acionando a minha intervenção também para o familiar, iria reduzir a ansiedade da doente, uma vez que a mesma teria um familiar mais calmo para a apoiar, contribuindo para a sua adaptação.

Assim, posso referir que a minha tomada de decisão se baseou nas circunstâncias em que a situação ocorreu, nas características individuais da doente e familiar, bem como da minha própria personalidade, experiências vivenciadas e conhecimento relativamente à temática. Posso, então, afirmar que esta mesma situação permitiu um maior desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e cognitivas, dando-me contributos para influenciar a minha intervenção em situações posteriores.

É possível, portanto, concluir que esta situação permitiu o meu desenvolvimento relativamente à gestão da ansiedade do doente e da família, promovendo a minha reflexão relativamente a esta problemática. Desenvolvi a minha capacidade de estabelecer uma relação empática, identificando as emoções presentes e promovendo a partilha de sentimentos, associando a minha linguagem não verbal para o efeito. Permitiu igualmente a minha compreensão face ao impacto da situação de internamento e cirurgia na vida do doente, pelo que tal contribuiu para um maior foco de atenção relativamente a estes aspetos na prestação de cuidados ao doente.

### **Referências Bibliográficas:**

Baile, W. & Beale, E. (2001). Giving Bad News to Cancer Patients: Matching Process and Content. *Journal of Clinical Oncology*. 19 (9), 2575-2577.

Buckman, R. (1992). *How to break bad news. A guide for health-care professionals*. United Kingdom: Pan Books

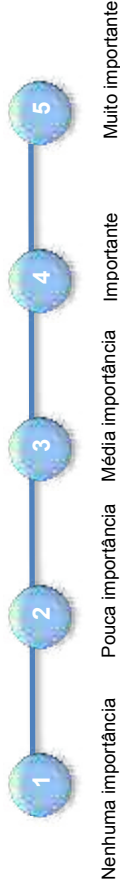
**Apêndice XIII: “Plano de sessão: Projeto de estágio – Intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”**



**Apêndice XIV: “Avaliação da sessão: Projeto de estágio – intervenção do enfermeiro na comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. Qual a importância que atribui a esta reunião no que respeita à reflexão relativamente a esta temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



2. O que considerou mais importante na sessão? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

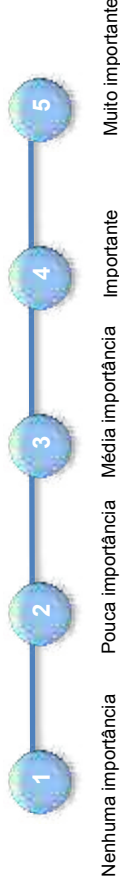
3. Sugestões de melhoria da sessão: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada!

Laura Magalhães (sob orientação de Prof. Patrícia Alves)  
Sessão Inserida no 3º Curso de Mestrado e Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

1. Qual a importância que atribui a esta reunião no que respeita à reflexão relativamente a esta temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



2. O que considerou mais importante na sessão? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Sugestões de melhoria da sessão: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada!

Laura Magalhães (sob orientação de Prof. Patrícia Alves)  
Sessão Inserida no 3º Curso de Mestrado e Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Apêndice XV: “Plano de sessão: Comunicação – a sua essência”**

## Plano de sessão

Tema:		Objetivo geral da sessão:			
Comunicação: a sua essência		Capacitar os presentes a desenvolver estratégias de comunicação eficazes			
<b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do S. Neurocirurgia	<b>Material e equipamentos:</b> Computador Papel	<b>Objetivos específicos:</b> Que os participantes consigam: 1. Definir comunicação e tipos de comunicação; 2. Refletir relativamente aos fatores que influenciam a comunicação; 3. Aplicar estratégias de comunicação eficazes.	<b>Conteúdos</b> <u>Introdução:</u> - Comunicar objetivos; - Definir comunicação;  <u>Sequência/desenvolvimento:</u> - Tipos de comunicação  - Fatores que influenciam a comunicação  - Comunicação eficaz  - Comunicação empática  - Conclusão	<b>Métodos/técnicas pedagógicas</b>  Expositivo Brainstorming   Expositivo- interativo Vídeo Reflexão  Brainstorming   Expositivo- interativo Vídeo  Expositivo- interativo Role playing Reflexão  5' (60')	<b>Tempo</b>  1' (1') 5' (6')   7' (13') 1' (14') 7' (21')  5' (26')   5' (31') 2' (33')  3' (36') 15' (51') 4' (55')
<b>Avaliação da sessão:</b>	<b>Questionário de opinião</b>	<b>Tempo previsto:</b> 60'			

**Apêndice XVI: “Avaliação das sessões de formação realizadas no Serviço de Internamento de Neurocirurgia”**

## AVALIÇÃO DA SESSÃO

1. Qual a importância que atribui a esta reunião no que respeita à aquisição de conhecimentos relativamente a esta temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



Nenhuma importância Pouca importância Média importância Importante Muito importante

2. Qual a importância que atribui a esta reunião no que respeita à reflexão relativamente a esta temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



Nenhuma importância Pouca importância Importante Muito importante

3. O que considerou mais importante na sessão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Sugestões de melhoria da sessão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada!

Laura Magalhães (sob orientação de Prof. Patrícia Alves)  
Sessão Inserida no 3º Curso de Mestrado e Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

## AVALIÇÃO DA SESSÃO

1. Qual a importância que atribui a esta reunião no que respeita à aquisição de conhecimentos relativamente a esta temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



Nenhuma importância Pouca importância Média importância Importante Muito importante

2. Qual a importância que atribui a esta reunião no que respeita à reflexão relativamente a esta temática? (assinalar com cruz o item escolhido)



Nenhuma importância Pouca importância Importante Muito importante

3. O que considerou mais importante na sessão? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Sugestões de melhoria da sessão: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada!

Laura Magalhães (sob orientação de Prof. Patrícia Alves)  
Sessão Inserida no 3º Curso de Mestrado e Pós-especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica –  
Vertente Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Apêndice XVII: “Plano de sessão: Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família”**

## Plano de sessão

Tema: <b>Objetivo geral da sessão:</b>	
<p><b>Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família</b></p>	<p><b>Capacitar os presentes para a comunicação de más notícias ao doente neurooncológico e família</b></p>
<p><b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do S. Neurocirurgia</p>	<p><b>Objetivos específicos:</b> Que os participantes sejam capazes de: 1. Definir má notícia; 2. Refletir relativamente ao conceito de má notícia direcionada ao doente neurooncológico e família; 3. Comunicar más notícias de acordo com o protocolo de Buckman 4. Refletir relativamente a situações de comunicação/gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família.</p>
<p><b>Material e equipamentos:</b> Computador Papel</p>	<p><b>Conteúdos</b> <u>Introdução:</u> - Comunicar objetivos; - Definir comunicação de má notícia; - Definir más notícias dirigidas ao doente e família do doente neurooncológico</p>
	<p><u>Seqüência/desenvolvimento:</u> - Protocolo de Buckman</p>
	<p><b>Métodos/técnicas pedagógicas</b> Expositivo  Brainstorming  Expositivo-interativo  Role playing  Reflexão</p>
	<p><b>Tempo</b> 1' (1')  10'  (11')  10' (21')  20' (41') 20' (61') 4' (65')</p>
<p><b>Avaliação da sessão:</b></p>	<p><b>Questionário de opinião</b>  <b>Tempo previsto:</b> 65'</p>

**Apêndice XVIII: “Plano de sessão: Gestão de más notícias ao doente  
neurooncológico e família”**

## Plano de sessão

Tema:		Objetivo geral da sessão:			
Gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família		Capacitar os presentes para gerir más notícias ao doente neurooncológico e família			
<b>Destinatários:</b> Equipa de Enfermagem do S. Neurocirurgia	<b>Material e equipamentos:</b> Computador Papel	<b>Objetivos específicos:</b> Que os participantes sejam capazes de:  1. Definir má notícia e gestão da má notícia;  2. Gerir má notícia de acordo com a reação emocional do doente neurooncológico e família;  3. Refletir relativamente a situações de gestão de má notícia ao doente neurooncológico e família.	<b>Conteúdos</b>  <u>Introdução:</u> - Comunicar objetivos; - Clarificar conceito de má notícia em Neurocirurgia; - Gestão de más notícias  <u>Sequência/desenvolvimento:</u> - Gestão e reflexão relativamente às reações mais comuns à comunicação da má notícia e algumas reações da pessoa significativa e membros da família  Conclusão  Avaliação	<b>Métodos/técnicas pedagógicas</b>  Expositivo          Role playing Expositivo-reflexivo	<b>Tempo</b>  1' (1') 4' (5')          30' (35') 25' (60')          1' (61') 5' (66')
<b>Avaliação da sessão:</b>	<b>Questionário de opinião</b>	<b>Tempo previsto: 66'</b>			

**Apêndice XIX: “Índice do *dossier*: Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento”**

# Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento

---

## Índice

1. Formação contínua

2. Artigos/referências bibliográficas:

2.1 Comunicação

2.2 Comunicação de más notícias ao doente neurooncológico e família

2.3 Gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família

2.4 Outros

# Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento

---

## Referências Bibliográficas

- ✘ Buckman, Dr Robert. (1992) *How to break bad news – a guide for health care professionals*. Inglaterra: Pan Books
- ✘ Faulkner, Ann. (1998) *When the news is bad*. Inglaterra: Stanley Thornes
- ✘ Gómez-Baptiste, X. et al (1996) – *Cuidados Paliativos en Oncologia*. Barcelona: JIMS
- ✘ Lopes, Amélia (2008) Prefácio. In: Pereira, Maria Aurora. – *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. (p. 11-15). Coimbra: Formasau.
- ✘ Matos, Pedro; Pereira, Maria da Graça. (2005) – Áreas de Intervenção na doença Oncológica. In: Pereira, Maria da Graça; Lopes, Cristiana – *O doente oncológico e a sua família*. 2ª Edição. (p.15-25). Lisboa: Climepsi.
- ✘ Pereira, Maria Aurora. (2008) *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- ✘ Phaneuf, Margot (2002) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- ✘ Querido, Ana; Salazar, Helena; Neto, Isabel G. (2010). Comunicação. In: Barbosa, António; Neto, Isabel G. *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. (p.461-486). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- ✘ Riley, Balzer (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência

## Comunicação e gestão de más notícias ao doente neurooncológico e família no internamento

---

- ✘ Sancho, Marcos Gómez. (1998) *Cómo dar las malas noticias en medicina*. 2ª edição Madrid: Arán Editores
  
- ✘ Twycross, Robert. (2003, Novembro) *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

**Apêndice XX: “Poster: Comunicação de más notícias – Protocolo de Buckman”**

A **má notícia** consiste em qualquer notícia que provoque alterações drásticas e negativas na perceção que o doente tem do seu futuro, pelo que é difícil para o profissional de saúde comunicá-la (Buckman, 1992).

O **Protocolo de Buckman** consiste num conjunto de linhas orientadoras para a comunicação de más notícias, que se pretende ser flexível e ajustável (Buckman, 1992).

## 1. Preparar a entrevista com o doente

- ⇒ Providenciar privacidade (*utilizar gabinete, caso contrário fechar as cortinas; disponibilizar lenços de papel*);
- ⇒ Envolver pessoa significativa;
- ⇒ Estabelecer contacto com doente;
- ⇒ Verificar se existem condições para iniciar o diálogo (*“como se sente?”*).

## 2. Avaliar a perceção que o doente tem da doença

- ⇒ Perceber qual o grau de conhecimento do doente sobre a sua doença (*“O que lhe disse o médico?”*);
- ⇒ Verificar reação emocional do doente.

## 3. Obter do doente o desejo de ser informado

- ⇒ Perceber qual a informação que o doente pretende receber, assim como a forma de a receber.
- ⇒ “Quer saber detalhadamente o que pode acontecer?”.

## 4. Dar conhecimento da má notícia

- ⇒ Dar “tiro de aviso” (*“Infelizmente não tenho boas notícias”*);
- ⇒ Ao dar a informação: utilizar nível de compreensão e vocabulário adequado, comunicando-a faseadamente e avaliando a compreensão do doente (*“está a compreender?”*).

## 5. Responder às reações do doente

- ⇒ Focalizar a atenção no doente (*comunicação verbal e não verbal*);
- ⇒ Identificar a emoção do doente;
- ⇒ Responder empaticamente e avaliar a intervenção (*“Parece-me que está... (..)”, “Esta situação deve ser bastante (...) para si”*).

## 6. Planear o futuro e acompanhar

- ⇒ Elaborar plano de intervenção;
- ⇒ Permitir expressão de medos e preocupações e apoiar;
- ⇒ Identificar estratégias de coping e fontes de apoio;
- ⇒ Efetuar um resumo da situação;
- ⇒ Efetuar um contrato para o futuro (*“Existe mais alguma questão que me queira colocar?”*).

Saliente-se que, apesar da pessoa que comunica a má notícia ter a responsabilidade de acompanhar o doente, existindo questões e consequências que necessitam de discussão posterior, a verdade é que os outros profissionais de saúde que se encontram envolvidos na prestação de cuidados o devem apoiar, gerindo esta mesma má notícia (Buckman, 1992).

## **ANEXOS**

**Anexo I: “Escala de Empatía (Riley 2004)”**

## ESCALA DE EMPATIA

Caixa 9-3 Escala de Empatia

Resposta #	Precisão: intensidade concordante?	Especificidade: fundamentação incluída?	Naturalidade: por suas próprias palavras?	Calor: verbal? não-verbal?	Verdade: interesse e preocupação transmitida?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

### Crerérios da Escala de Empatia

1. *Precisão*: A intensidade das palavras do receptor é concordante com a mensagem emitida pelo emissor?
2. *Especificidade*: O receptor incluiu os fundamentos dos sentimentos do emissor?
3. *Naturalidade*: O receptor evitou papaguear? O receptor reflectiu a mensagem do emissor falando naturalmente?
4. *Calor*: Através da sua resposta empática, o receptor foi, verbal e não verbalmente, caloroso?
5. *Verdade*: O receptor transmitiu interesse e preocupação em relação ao que o emissor estava a dizer?